FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1912-1913. — N° 106

DE LA LAPAROTOMIE
DANS LA
RÉTROVERSION IRRÉDUCTIBLE
DE L'UTÉRUS GRAVIDE

THÈSE

PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Et soutenue publiquement le 22 Juillet 1913
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles-Antoine GÉRARD
Né le 22 Mars 1883, à Saint-André-le-Puy (Loire),
Interne de l'Hôpital Saint-Joseph.
Externe des Hôpitaux de Lyon,

LYON
A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ
4, RUE GENTIL, 4
Juillet 1913

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552620_0072

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1912-1913. — N° 106

DE LA LAPAROTOMIE
DANS LA
RÉTROVERSION IRRÉDUCTIBLE
DE L'UTÉRUS GRAVIDE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Et soutenue publiquement le 22 Juillet 1913
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles-Antoine GÉRARD
Né le 22 Mars 1883, à Saint-André-le-Puy (Loire),
Interne de l'Hôpital Saint-Joseph.
Externe des Hôpitaux de Lyon,

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

LYON
A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ
4, RUE GENTIL, 4
Juillet 1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ . . . . . DOYEN.
J. COURMONT . . . . . ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET, BEAUVISAGE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER, ROQUE, BARD
Cliniques chirurgicales	PONCET, JABOULAY
Clinique obstétricale et Accouchements	FABRE
Clinique ophtalmologique	ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS
Clinique des maladies mentales	LÉPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants	WEILL
Clinique des maladies des femmes	POLLOSSON (A.)
Physique médicale	CLUZET
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie	MOREL
Matière médicale et Botanique	MOREAU,
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART
Anatomie	TESTUT
Anatomie générale et Histologie	RENAUT
Physiologie	MORAT
Pathologie interne	COLLET
Pathologie et Thérapeutiques générales	LESIEUR
Anatomie pathologique	PAVIOT
Médecine opératoire	POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée	COURMONT (P.)
Médecine légale	LACASSAGNE
Hygiène	COURMONT (J.)
Thérapeutique	PIC
Pharmacologie	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Propédeutique urologique	GAYET,	—
Déontologie et médecine professionnelle	ETIENNE MARTIN,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
REGAUD	ETIENNE MARTIN	BRETIN	MOURIQUAND
COMMANDEUR	LAROYENNE	LERICHE	ARLOING (F.)
GAYET	VORON	THÉVENOT	GUILLEMARD
NEVEU-LEMAIRE	NOGIER	TAVERNIER	PIÉRY, ch.....
PATEL	LATARJET	CADE	SAVY, ch.....

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. POLLOSSON (A.), *Président* ; VILLARD, *Assesseur* ;
MM. LAROYENNE et LERICHE, *Agrégés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

En témoignage de mon affection et de ma profonde reconnaissance.

A la fin de notre scolarité, il nous est agréable de remercier tous les Maîtres dont nous avons reçu les éléments d'une formation médicale que nous continuerons chaque jour.

Notre reconnaissance va, en particulier, à nos anciens chefs de service :

A M. Mollard, *médecin des hôpitaux, et à* M. Voron, *accoucheur des hôpitaux, dont nous avons été l'externe suppléant ;*

A MM. Tixier *et* Villard, *chirurgiens des hôpitaux, et à* MM. Bonnet, Chatin *et* Lyonnet, *médecins des hôpitaux, dont nous avons été l'externe ;*

A MM. Goullioud, *chirurgien-chef,* Rafin *et* Giuliani, *chirurgiens de l'hôpital Saint-Joseph, et à* M. Thevenet, *médecin de l'hôpital Saint-Joseph, dont nous avons été l'interne. Nous avons passé auprès de* M. Goullioud, *qui allie à sa grande expérience une grande simplicité, une année entière aussi agréable que féconde. Les circonstances ne nous ont pas permis d'être aussi longtemps que nous l'aurions voulu l'élève de* M. Rafin. *Nous souhaitons qu'il soit bientôt rendu à la chirurgie urinaire, qu'il honore avec tant de maîtrise.*

A M. le professeur Auguste Pollosson, *qui nous a fait l'honneur de présider notre jury, à notre jury tout*

entier, à M. Violet, *chef de clinique à la Charité, qui nous a communiqué deux observations intéressantes, nous adressons aussi nos meilleurs remerciements.*

Nous quittons avec une certaine tristesse de bons camarades, dont nous conservons mieux qu'un excellent souvenir, le regret de les voir désormais moins souvent.

Le 4 juillet 1913.

INTRODUCTION

L'idée de ce travail nous a été fournie par une observation que notre maître, le Dr Goullioud, a publiée dans le *Lyon Médical*, 1911, t. 2, puis dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1911. Nous avons cherché dans les ouvrages et les publications récentes le cas que font les auteurs de la laparotomie dans la rétroversion irréductible de l'utérus gravide, et nous avons vu qu'ils s'en tiennent à des affirmations très générales à ce sujet. Nous n'avons trouvé, en français, à part les observations éparses de chaque auteur, que la thèse de Clerc (*Traitement de la rétroversion irréductible de l'utérus gravide*, Paris, 1900), dans laquelle sont rassemblés les cas de Jacobs et un cas de Guinard. C'est alors que nous avons songé à recueillir dans la littérature les observations publiées de laparotomie pour rétroversion pendant la grossesse. Malheureusement, nous n'avons pas pu nous les procurer toutes et il nous manque celles de Marschner, Wertheim, Löhlein, Da Costa et de Küstner, qui semble avoir été le promoteur de cette intervention, en Allemagne. Notre travail est incomplet; tel

qu'il est, nous souhaitons qu'il ait au moins le mérite de diminuer les recherches ingrates de ceux qu'intéresserait l'étude de ce mode de traitement et même du traitement, en général, de la rétroversion de l'utérus gravide.

DE LA LAPAROTOMIE

DANS LA

RÉTROVERSION IRRÉDUCTIBLE

DE L'UTÉRUS GRAVIDE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE DE LA QUESTION

La laparotomie pour rétroversion de l'utérus gravide est une opération relativement récente. Nous la voyons proposer, pour la première fois, à côté de l'avortement, comme un moyen suprême, par Pinard et Varnier, dans un mémoire paru, en 1886-1887, dans les *Annales de Gynécologie*.

Baudouin écrit, en 1890, dans une thèse très documentée : « Préconiser de parti pris la laparotomie avec fixation de l'utérus en avant, dans les cas de rétrodéviation grave de l'utérus gravide, est, certes, une proposition qui paraîtra hardie, même à l'heure actuelle. C'est qu'en effet, cette proposition se heurte à deux axiomes fondamentaux et classiques, chez nous, de la chirurgie gynécologique. Ce sont : 1° on ne doit faire d'opération chez les femmes enceintes que dans les cas d'urgence absolue, en raison de la facilité de

l'infection dans l'état puerpéral ; 2° il est toujours dangereux de toucher à un utérus gravide, sous peine : *a)* d'avoir à combattre une hémorragie considérable ; *b)* de déterminer presque fatalement un avortement. »

Il discute ces objections par des arguments d'analogie, car il n'invoque qu'un seul cas d'hystéropexie, de Küstner, qui est défavorable.

C'est Schwartz qui, à notre connaissance, a publié, en 1894, le premier cas de laparotomie dans la rétroversion de l'utérus gravide, après une erreur de diagnostic. Quelques années plus tard (1898), Mann, en Amérique, et Jacobs, en Belgique, faisaient connaître d'autres cas. Doléris et Mouchet sont les premiers qui soient intervenus, en France, après avoir posé le diagnostic de rétroversion utérine dans la grossesse.

En Allemagne, c'est Küstner qui semble avoir ouvert la voie, à s'en tenir à l'insistance que mettent Puppel, Schlichting, Henkel, Littauer, Cristofoletti à invoquer son exemple. Cependant l'autorité de Küstner n'entraîna pas la conviction générale, en Allemagne, comme il ressort de la discussion soulevée à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Leipzig, à l'occasion du rapport de Littauer (*Centralblatt*, 1909, p. 912 et suiv.).

Les premiers chirurgiens, intervenant pour des enclavements très accentués, se sont bornés à faire la laparotomie, mais leurs successeurs, Maïss, Doléris, Schlichting, Cristofoletti, qui ont opéré parfois des cas moins avancés, ont complété la laparotomie par la fixation utérine. Les avantages de l'hystéropexie

par le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds, ou leur inclusion dans la paroi, à la manière de Doléris, l'ont fait préférer, pour ces cas, à la ventrofixation.

Nous noterons, pour finir, l'opposition des accoucheurs à la laparotomie, considérée comme traitement de la rétroversion de l'utérus gravide. Pinard et Jeannin en sont des partisans avoués ; par contre, Treub la considère comme un moyen rarement « rationnel », et Zweifel, dans son *Lehrbuch der Geburtshilfe* (1908), n'en parle même pas.

CHAPITRE II

PATHOGÉNIE DES RÉTRODÉVIATIONS DE L'UTÉRUS GRAVIDE

Il semble que les discussions soulevées par la pathogénie des rétrodéviations de l'utérus gravide se soient résumées dans la question suivante : des deux phénomènes, la grossesse et la rétrodéviation, quel est celui qui a préexisté à l'autre ? La réponse à cette question présente un intérêt pratique, car si une rétrodéviation dans un utérus vide est susceptible de persister pendant une grossesse, elle mérite d'être soignée de plus près et impose une surveillance pendant les premiers mois de la grossesse.

Combarieu, dans sa thèse, en 1885[1], discute les théories émises jusqu'alors sur ce point. Il fait peu de cas de l'influence de l'accumulation des matières fécales, comme aussi des viciations pelviennes, qu'il s'agisse de bassins rétrécis, avec saillie exagérée du promontoire ou de bassins larges, ce qui se comprend moins bien. Il rejette également l'influence de la rétention d'urine, plus souvent invoquée, et il conclut que les rétrodéviations de l'utérus gravide sont antérieures à la grossesse. Il invoque l'exemple de femmes qui, présentant une rétrodéviation pendant une ou plusieurs gros-

[1] Combarieu, *Etude sur la Pathogénie de l'utérus gravide* (thèse de Paris, 1885).

sesses, étaient soignées pour une rétrodéviation de leur utérus à l'état de vacuité.

C'est aussi l'opinion que nous retrouvons dans la *Pratique de l'art des accouchements*[1], sous la signature de Treub, et dans une thèse inspirée par le professeur Bar[2], dans laquelle est invoqué le témoignage de Küstner, qui déclare que « dans l'immense majorité des cas, quand on constate une rétroversion de l'utérus gravide, le déplacement de l'utérus existait déjà avant la conception[3] ».

Pour beaucoup d'auteurs, la grossesse est possible dans les utérus rétrofléchis, plus que dans les utérus en rétroversion. Il est difficile d'en apprécier la fréquence, car il existe beaucoup de rétrodéviations latentes, qui n'ont jamais été soupçonnées, et qui se sont réduites spontanément dans les premiers mois d'une grossesse. La stérilité relative des femmes atteintes de rétrodéviation utérine est beaucoup moins imputable à la difficulté mécanique de la conception produite par la coudure ou l'orientation défectueuse du col, qu'à des lésions inflammatoires surajoutées, la fermeture du pavillon des trompes et la métrite.

Cependant, il peut arriver qu'un utérus en antéposition normale bascule en arrière au début de la grossesse. On a invoqué, à ce sujet, soit l'influence de la rétention d'urine, soit celle du ramollissement des

[1] Bar, Brindeau et Chambrelent, *Pratique de l'Art des accouchements*, chez Asselin et Houzeau, 1909.

[2] Mlle Raichtsein, *De la rétroversion de l'utérus gravide* (thèse de Paris, 1910).

[3] Küstner, Retroflexio und retroversio uteri gravidi (*Handbuch f. Gynäk. von Veit.*, Band I, 1907).

tissus pelviens, et, en particulier, des ligaments utérins, pendant la grossesse. C'est un point que nous ne voulons pas nous attarder à discuter. Treub[1] estime que la rétroversion secondaire à la grossesse n'est jamais très accentuée, et qu'elle s'arrête au premier degré.

Tout autre est l'opinion de M. le professeur Auguste Pollosson. Il a observé des femmes qui, indemnes de toute lésion annexielle, mais présentant un léger degré de rétroversion, restaient stériles et qui, après la correction de leur rétroversion, devenaient enceintes et menaient leur grossesse à terme. Il estime que des rétroversions, même du premier degré, gênent déjà beaucoup la fécondation, peuvent être cause de stérilité et être suivies de grossesse immédiate dès qu'elles sont corrigées. Il considère, en outre, que les rétroversions plus prononcées ne permettent pas la fécondation, mais que la grossesse dans un utérus en rétroversion au premier degré, en amène rapidement l'accentuation.

Les auteurs admettent, en effet, deux ou trois degrés dans la rétroversion. Ainsi, pour Dührssen[2], dans la rétroversion du premier degré, l'axe du corps utérin est situé dans un plan à peu près horizontal, affleurant le promontoire ; dans celle du deuxième degré, ce plan est déjà incliné en arrière, et dans celles du troisième

[1] Treub, *Pratique de l'art des accouchements* (déjà cité).

[2] Dührssen, Des ectasies sacciformes, des inclinaisons en arrière et des coudures de l'utérus gravide avec étude spéciale de la soi-disant rétroflexion de l'utérus gravide partielle (*Centralbl. für Gynäkologie*, 1888), An. de Labusquière dans les *Annales de Gynécologie*, 1899.

degré, l'utérus a à peu près complètement basculé en arrière. M. le professeur A. Pollosson distingue, dans ses leçons cliniques, trois degrés dans la rétroversion. Dans le premier degré, la femme étant debout, le fond utérin est plus élevé que le col, vers le promontoire; dans le deuxième degré, le fond est au même niveau que le col; dans le troisième degré, le fond est plus bas que le col. Cette classification n'est pas aussi artificielle qu'elle le paraît, et nous verrons plus loin que le degré de la rétroversion présente, pour les auteurs qui pensent que les rétroversions légères sont compatibles avec la grossesse, une certaine importance au point de vue de son évolution.

CHAPITRE III

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE DE L'UTÉRUS GRAVIDE EN RÉTRODÉVIATION

Article Premier

DES RÉDUCTIONS SPONTANÉES : LEUR MÉCANISME.

La grossesse dans un utérus rétrodévié donne lieu à diverses alternatives. La rétrodéviation peut disparaître d'elle-même, et ne pas gêner notablement le cours de la grossesse ; elle peut céder à des manœuvres destinées à la réduire ; ou bien, elle résiste à tous les traitements et provoque chez la femme, dont elle interrompt la grossesse, des accidents toujours graves.

Envisageons d'abord l'hypothèse la plus favorable, celle du redressement spontané de la rétrodéviation. Cette éventualité, d'après l'opinion commune, est extrêmement fréquente ; on peut la considérer comme la règle. Harlay[1], sur 193 observations, la note 36 fois ; mais il s'agit de rétrodéviations reconnues et nous avons déjà remarqué que beaucoup de rétrodéviations, à peine gênantes pour la malade, n'attirent jamais ni son attention, ni celle de son médecin, et ce sont elles qui se réduisent presque toujours, sinon toujours, spontanément, pendant la grossesse, à tel

[1] Harlay, *Contribution à l'étude de la rétrodéviation de l'utérus gravide*, Paris, 1898.

point qu'on a pu dire que « la grossesse est le moyen thérapeutique le plus efficace pour guérir les rétrodéviations de l'utérus[1] ».

Le redressement spontané est la règle dans les rétroversions du premier degré. Dührssen[2] le considère comme encore possible dans les rétroversions du deuxième degré, mais dans celles du troisième degré, la direction de l'utérus le force à s'accroitre vers la concavité sacrée ou même vers le plancher périnéal.

Il est tout naturel de penser que l'augmentation graduelle du volume de l'utérus pendant la grossesse tend à corriger les déviations qu'il présente. Un moment vient où son développement est borné sur les côtés par les parois du bassin, en bas par le plancher périnéal. Semblable à un kyste de l'ovaire qui, trop volumineux pour être contenu dans le bassin où il a pris naissance, continue à grossir vers l'abdomen où il s'échappe enfin tout entier, l'utérus débordant l'excavation pelvienne, continue son développement au-dessus du détroit supérieur. et quand sa portion abdominale a acquis un volume suffisant, elle attire par son poids celle qui était restée dans le bassin. Cependant, la réduction peut être incomplète. M. le professeur Aug. Pollosson a observé une femme dont le développement abdominal de l'utérus n'a pas empêché un plongement modéré du segment inférieur jusqu'à l'accouchement. Cela ne s'est pas reproduit aux gros-

[1] Jacobs, *Bulletin de la Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1898-1899, n° 2, p. 27.

[2] Dührssen, *loc. cit.*

sesses ultérieures, mais la femme a eu une rétroversion très prononcée.

Le développement de l'utérus par le haut, vers l'abdomen, est favorisé par la greffe habituelle de l'œuf sur la paroi antérieure de l'utérus ou comme on dit par la sacculation antérieure. L'utérus remonte du petit bassin très lentement, puis brusquement il achève de se redresser vers trois mois et demi ou quatre mois environ. C'est en général vers cette époque que se réduisent les rétrodéviations manifestes ; les autres, plus légères, commencent à se corriger dès les débuts de la grossesse. Nous verrons plus loin que dans les cas rares, de sacculation postérieure, celle-ci entrave l'élévation spontanée de l'utérus.

Croback, dont l'opinion est reprise par Cristofoletti[1], fait jouer un rôle aux contractions utérines dans le mécanisme du redressement spontané de la rétroflexion de l'utérus gravide. Le col est retenu derrière la symphyse. La paroi antérieure du col utérin est longue, étalée ; sa paroi postérieure, plus courte et plus épaisse. Quand l'utérus se contracte, il tend à prendre sa forme normale. Sa paroi antérieure se raccourcit, le fond et le col cherchent à se rapprocher, mais le col restant fixé derrière la symphyse, c'est le fond qui s'élève.

A cette action de la musculature utérine, se joint dans les cas où la déviation est assez accentuée « la réaction élastique des parois vaginales et vésicales qui

[1] Cristofoletti, Zur therapie der retroflexio uteri gravidi fixata (*Gynäkologische Rundschau*, 1910).

ont subi une extrême distension du fait de la bascule utérine » ainsi que l'a montré Trillat[1], pour expliquer le redressement spontané après le simple cathétérisme vésical. Nous y reviendrons plus loin quand nous parlerons de ce mode de traitement dans les rétrodéviations de l'utérus gravide.

Article II

DE L'AVORTEMENT SPONTANÉ PRÉCOCE

Quand l'utérus ne se redresse pas dans les premiers temps de la grossesse, il faut déjà craindre, sans attendre l'apparition de l'incarcération, l'arrêt précoce de la grossesse, à opposer à l'avortement plus tardif, qui est une des conséquences possibles de l'incarcération. Il survient, en général, vers huit ou neuf semaines. Les auteurs le considèrent, par rapport à sa fréquence, comme venant en seconde ligne, immédiatement après la réduction spontanée.

M. le professeur Auguste Pollosson a vu des femmes qui, atteintes de rétroversion légère, présentaient des avortements en série, et qui, après redressement de leur utérus à l'hystéromètre, devenaient enceintes. Leur rétroversion réapparaissait après l'accouchement. On la corrigeait de nouveau, et une nouvelle grossesse survenait. Combarieu, sur 113 cas de rétrodéviations d'utérus gravide, a noté 19 fois un avortement, 9 fois deux avortements, 1 fois trois,

[1] Trillat, Etude sur quelques points concernant les troubles urinaires dans la rétroversion de l'utérus gravide (*Annales de Gynéc. et d'Obst.*, mars 1907).

1 fois six, 1 fois huit avortements[1]. Dans nos observations, nous avons vu quelquefois, signalées dans les antécédents des malades, des fausses couches survenues dans les premières semaines. Violet, dans l'observation II, note que la femme avait eu, deux ans avant son affection actuelle, « un arrêt de règles de deux mois, avec pertes en caillots pendant quatre à cinq mois », accompagnées de quelques phénomènes infectieux. Dans l'observation IX, Jacobs signale trois avortements entre deux et trois mois et sept avortements entre deux et quatre mois dans l'observation X. Dans l'observation XXXIV, Vignard relève deux fausses couches dont une de deux mois, avec douleurs à la miction et pollakiurie.

La coïncidence très fréquente entre l'avortement et la rétrodéviation utérine dans la grossesse permet d'établir dans beaucoup de cas un rapport de cause à effet de celle-ci à celui-là. L'œuf, greffé sur la muqueuse d'un utérus malade, se nourrit mal. En outre, l'utérus dévié, tiraillant sur ses ligaments, comprime ses vaisseaux et entrave la circulation placentaire. La stase sanguine aboutit à la rupture des vaisseaux friables et à des hémorragies rétro-placentaires néfastes au développement de l'œuf, qui est ordinairement expulsé.

M. le professeur A. Pollosson attribue, dans la production de ces avortements précoces, un rôle important au coït. L'utérus, dont la rétroversion est, d'après lui, accentuée par le poids de l'œuf, se trouve dans des

[1] Combarieu, *loc. cit.*

conditions des plus défavorables au point de vue du coït. M. Pollosson pense que les avortements sont dûs le plus souvent au traumatisme génital sur le fond utérin rétroversé, tandis que les mêmes relations sont sans inconvénient, quand l'utérus est incliné en avant.

Article III

DES PHÉNOMÈNES DUS A L'ENCLAVEMENT

L'utérus, arrivé aux troisième ou quatrième mois de la grossesse, sans s'être redressé, commence à présenter des phénomènes d'enclavement ou d'incarcération. Assez gros pour être à l'étroit dans l'excavation pelvienne, il gêne le fonctionnement des autres organes pelviens, en particulier de la vessie et du rectum.

La femme, qui pouvait déjà souffrir bien auparavant, par le fait d'adhérences tiraillant l'utérus, ou d'une lésion annexielle, éprouve une sensation douloureuse de plénitude dans le bassin, avec irradiation du côté des lombes. Ces douleurs sont signalées dans un bon nombre de nos observations ; elles sont plus ou moins vives ; elles obligent quelquefois la malade à se coucher ou à prendre des attitudes particulières.

C'est à ce moment qu'apparaissent aussi les troubles urinaires, relevés dans la plupart de nos observations. Dans beaucoup de cas, ils consistent simplement dans la fréquence et le caractère douloureux des mictions. A un degré plus avancé survient ce qu'on a appelé l' « ischurie paradoxale », dont on a fait un signe infaillible d'incarcération. La vessie se laisse distendre

et la malade n'urine que par regorgement. Avec un globe vésical remontant jusqu'à l'ombilic, elle n'expulse que quelques gouttes d'urine dans ses mictions très fréquentes et très douloureuses. La dysurie se complique plus ou moins tôt d'accès de rétention complète, qui obligent à sonder la malade plusieurs fois par jour, et cette rétention cesse quelquefois, après quelques jours de cathétérismes réguliers et aseptiques, aussi brusquement qu'elle avait apparu. Une cystite survient plus ou moins aiguë, qui fait que les urines sont quelquefois teintées de sang ou troubles, comme dans les observations I et XXXIV.

Le mécanisme de la rétention d'urine a donné lieu à diverses interprétations, dont nous ne retiendrons que celles de Treub et de Trillat. Pour Treub et Bar[1], le col utérin repoussé en arrière et en haut, entraîne avec lui la paroi postérieure de l'urètre, qui glisse d'avant en arrière sous la paroi antérieure, fixée par la symphyse. L'aplatissement de l'urètre qui en résulte met obstacle à l'écoulement de l'urine. Trillat[2], d'après les idées du professeur Auguste Pollosson, explique la rétention d'urine par la saillie du col utérin à la façon d'un clapet dans l'intérieur de la vessie. « Cette saillie qui forme une protubérance volumineuse est assez analogue à la saillie du lobe médian dans l'hypertrophie prostatique, elle peut donc former comme un clapet qui vient oblitérer non pas l'urètre situé beaucoup plus bas, non pas le col

[1] *Pratique de l'Art des accouchements*, déjà cité.

[2] Trillat, *Etude sur quelques points concernant les troubles urinaires dans la rétroversion de l'utérus gravide*, chez Steinheil, 1910.

vésical, mais la portion déformée de la vessie, l'infundibulum[1]. » Il explique l'application permanente de ce clapet contre l'infundibulum par la pression qui s'exerce à l'intérieur de la vessie distendue, et par « la réaction élastique des parois vaginales et vésicales ».

Que le col utérin ne soit pas refoulé contre la vessie, comme c'est le cas pour les rétroversions peu accentuées, ou qu'il soit repoussé en arrière par la main du médecin, ce clapet n'existe pas, et l'urine peut s'écouler. C'est probablement ainsi qu'il faut expliquer, d'après Trillat, le signe de Laroyenne : l'écoulement d'un jet d'urine par la pression sur le cul-de-sac postérieur.

Comme le col utérin gêne, en avant, l'évacuation de la vessie, la partie postérieure du corps utérin gêne celle de l'intestin, qu'elle comprime contre le sacrum. Dans la plupart de nos observations, on note qu'à partir de trois ou quatre mois les femmes se plaignent d'une constipation opiniâtre, qui résiste parfois à tout traitement, comme dans les observations XXI et XXXIII.

Enfin, l'utérus incarcéré comprime les vaisseaux qui passent dans le bassin, et provoque un engorgement du plexus hémorroïdal, que traduit la présence de grosses hémorroïdes et de varices de la vulve. Guinard (obs. 18) rattache dans son cas la production de vomissements incoercibles et l'albuminurie à l'existence d'une rétroflexion, les vomissements étant d'origine réflexe et l'albuminurie relevant de la compression des uretères.

[1] *Loc. cit.*, p. 14.

Par le toucher vaginal et rectal on s'explique ces phénomènes variés de compression et de déformation de la région du col de la vessie. Le col utérin est remonté au-dessus de la symphyse à tel point qu'on ne peut quelquefois pas l'atteindre avant d'avoir vidé la vessie par le cathétérisme. Le fond utérin forme une masse qui bombe dans le douglas, plus ou moins saillante dans le vagin, et qui donne bien l'impression qu'elle remplit toute l'excavation.

L'utérus enclavé peut encore se réduire spontanément, en se développant du côté de l'abdomen, comme nous l'avons montré plus haut. On assiste à des redressements lents et progressifs, ou brusques, comme la détente d'un ressort, qui sont fortement aidés par les modes usuels de traitement, quand ils ne sont pas directement produits par eux. Ils sont très fréquents, et la rareté des enclavements irréductibles est un fait admis par tous.

Article IV

DE L'ENCLAVEMENT IRRÉDUCTIBLE, GRAVE

L'irréductibilité existe cependant, malgré la thérapeutique la plus habile et la mieux conduite, et elle aboutit à des accidents plus graves que ceux que nous venons de décrire.

« L'utérus lui-même reste passif dans les deux tiers des cas environ, écrit Treub[1] ; sinon il expulse son contenu. » Charles de Liège[2] a relevé 47 avortements

[1] Treub, *Pratique de l'art des accouchements*, p. 318.

[2] Charles de Liège, la Rétrodéviation de l'utérus pendant la grossesse (*Journal de Médecine*, 1875).

sur 138 cas d'incarcération. L'avortement s'annonce par les métrorragies et des coliques utérines, comme nous en voyons signaler dans quelques-unes de nos observations, en particulier dans la plupart des cas de Jacobs. L'arrêt de la grossesse relève de causes multiples : troubles circulatoires par compression des vaisseaux, compression directe de l'utérus encerclé dans le bassin. L'utérus n'expulse pas toujours son contenu immédiatement. Chaleix et Fieux[1] ont vu un œuf de trois mois retenu pendant huit mois. Ce mode naturel de terminaison des accidents dus à l'incarcération est dangereux puisque des 47 avortements relevés par Charles, 20 eurent une issue fatale.

Ce n'est cependant pas de l'utérus, que vient le plus gros danger de l'enclavement irréductible. Selon la remarque de Pinard et Varnier, dans la rétroversion de l'utérus gravide, l'utérus n'est rien, c'est la vessie qui domine tout.

La cystite et la distension vésicale peuvent se compliquer d'infection ascendante : urétérite et pyélonéphrite ou aboutir à la cystite gangréneuse caractérisée par la présence d'urines noirâtres, putrides, fétides, contenant du sang mélangé à des lambeaux sphacélés. Guyon[2] et ses élèves ont bien décrit cette forme grave de cystite qu'ils qualifient de pseudo-membraneuse. Pour eux les débris éliminés avec l'urine sont de fausses membranes analogues à celles qui se forment

[1] Chaleix et Fieux, *Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie*, 1893.

[2] Guyon, Cystite chez la femme (*Annales des Maladies des organes génito-urinaires*, octobre 1886).

dans les inflammations des séreuses. Pinard et Varnier[1], au contraire, en font des membranes organisées formées aux dépens soit de la muqueuse, soit de la muqueuse et de la musculeuse, soit très rarement de la paroi vésicale complète : muqueuse, musculeuse, séreuse. Ils ont décrit trois degrés dans cette cystite gangréneuse: une forme exfoliante, une forme diffuse, une forme ulcéreuse et perforante. Elle s'accompagne de péricystite et d'un état infectieux grave, qui impose une thérapeutique d'urgence. Lorsque la mort survient, c'est par infection urinaire ascendante, par urémie ou par septicémie généralisée.

Du côté du rectum il est extrêmement rare qu'on ait à combattre des accidents aussi graves. Treub[2] rapporte cependant le cas d'une femme qui mourut d'une péritonite consécutive à une gangrène du côlon, et Galtschalk[3] celui d'une femme qui mourut d'un iléus.

Nous ne faisons que mentionner des complications tout à fait exceptionnelles, comme la rupture de la cloison recto-vaginale, avec hernie du fond utérin, la gangrène du périnée ; ce sont des curiosités sur la question.

Toutes ces complications possibles assombrissent le pronostic des rétrodéviations incarcérées irréductibles de l'utérus gravide. Trillat fait remarquer qu'elles surviennent en général vers quatre ou cinq mois, à un moment où l'utérus n'est plus contenu en entier dans le bassin, et où il ne peut s'agir d'incarcération com-

[1] Pinard et Varnier, Contribution à l'étude de la rétroversion de l'utérus gravide (*Annales de Gynécologie*, 1886-1887.

[2] et [3] Cités dans thèse de Mlle Raichstein.

plète. Sans doute, mais il nous semble qu'il importe peu que l'utérus soit ou non contenu tout entier dans l'excavation pelvienne. Ces grands accidents sont des accidents de compression qui peuvent survenir dès que l'utérus, remplissant le bassin, ne peut en être repoussé, qu'il s'agisse de sa totalité ou d'une partie de sa masse.

Article V

DES CAUSES DE L'ENCLAVEMENT

Toutes les causes susceptibles de déterminer une rétrodéviation de l'utérus gravide, si elles le maintiennent dans sa position vicieuse, deviennent, à un moment donné, des causes d'enclavement; et si elles constituent un obstacle insurmontable au redressement de l'utérus, des causes d'enclavement irréductible.

A nous en tenir à nos observations, nous voyons signaler, dans 16 observations sur 35, la présence d'adhérences fixant l'utérus, en mauvaise position. Ce sont des brides qui vont tantôt de l'utérus tantôt de la trompe ou de l'ovaire, au rectum, au fond du cul de sac de douglas, à la paroi postérieure du bassin. Ces adhérences de périmétrite résultant d'exsudats dans le douglas ou de paramétrite au niveau des ligaments utéro-sacrés sont la conséquence habituelle de lésions annexielles antérieures. Pozzi[1] prétend même que la coexistence d'une salpingite est la règle dans les

[1] Pozzi, *Traité de Gynécologie*, t. II.

rétroversions irréductibles. Violet (obs. 2) a trouvé un utérus maintenu en rétroversion par une trompe droite tunéfiée, fixée contre la paroi pelvienne. Schlichting (obs. 24) n'a pas pu réduire un utérus rétrofléchi par des adhérences entre les trompes et l'ovaire gauche d'une part et des anses grêles et le douglas d'autre part. Littauer (obs. 26), dans un cas analogue, a trouvé une annexe droite, grosse comme une poire, fixée à la paroi pelvienne. Maïss (obs. 28) a vu les annexes malades enfouies sous des adhérences.

Il serait exagéré cependant de rapporter toujours à une affection annexielle la présence d'adhérences intrapelviennes. Dans le cas de Goullioud où il existait une sorte de tendon fibreux reliant la corne utérine gauche à la paroi, les annexes étaient parfaitement saines et il n'y avait pas de cicatrice d'une lésion locale antérieure. Goullioud rattache l'existence de cette bride à de la périmétrite ancienne : « A la suite de sa dernière couche, c'est-à-dire douze ans avant l'accident actuel, notre malade présenta une hémorragie tardive au quinzième jour ; on peut supposer de ce fait une délivrance imparfaite et des accidents infectieux subaigus auquels on peut attribuer la rétroversion, la formation d'une adhérence pelvienne sans intervention d'une inflammation des annexes[1]. »

Bernutz[2] voulant redresser un utérus rétrofléchi,

[1] Goullioud, De la laparotomie dans la rétroversion irréductible de l'utérus gravide (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, mai 1911).

[2] Bernutz, *in* thèse de Combarieu, déjà citée.

provoqua un avortement et à l'autopsie il trouva sans lésion des annexes une bride fibreuse analogue qui, d'après lui, préexistait certainement à la grossesse. Il peut survenir, en effet, dans le bassin des adhérences à la suite d'inflammations relativement éloignées, appendiculaires ou même vésiculaires par un processus bien connu depuis les travaux de Tripier et Paviot.

« L'inflammation des feuillets d'une séreuse peut bien « débuter sur un point, mais pour peu que cette inflam- « mation soit aiguë et qu'il y ait eu production d'une « certaine quantité d'exsudat liquide, celui-ci se répand « sur les parties voisines en raison des mouvements qui « existent à ce niveau et tombe inévitablement dans les « parties déclives qui sont bien manifestement conta- « minées à des degrés variables. C'est ainsi que les « inflammations du péritoine dans les parties supé- « rieures de l'abdomen donnent lieu fréquemment à des « inflammations aux divers points des parties déclives, « notamment au niveau du cæcum et de l'appendice, « ainsi que dans la cavité pelvienne, comme nous « avons cherché à le démontrer avec M. Paviot. Il en « résulte souvent aussi une inflammation plus ou moins « généralisée de la séreuse avec des exsudats fibrineux « en plus grande abondance dans les parties déclives, « en raison des dépôts provenant de la fibrine en sus- « pension dans le liquide exsudé[1]. »

La fréquence des adhérences dans l'étiologie de l'enclavement a été discutée. Pinard et Varnier[2], à

[1] Tripier, *Traité d'Anatomie pathologique générale*, 1904, p. 337.
[2] Pinard et Varnier, déjà cité.

l'encontre d'Amussat et de Bernutz, considéraient comme rares des adhérences entre l'utérus et le rectum ou la paroi. Leur opinion s'explique par le peu de cas où les adhérences sont perceptibles à l'examen clinique, mais les laparotomies semblent avoir montré que de telles adhérences sont plus fréquentes qu'on ne le pensait jusqu'alors. Leur rôle est plus sujet à discussion. Il est communément admis par les auteurs, Pinard et Varnier, Pozzi, Treub, que, subissant l'imbibition et le relâchement des ligaments et des tissus périutérins pendant la grossesse, elles se laissent étirer et rompre, soit sous la poussée de l'utérus vers le haut, soit par la main du médecin. Il ne faudrait pas croire qu'il en est toujours ainsi : les adhérences utéro-rectales ou utéro-pariétales peuvent être très résistantes et rendre, non seulement inutiles, mais dangereuses, les tentatives de redressement. C'est un point sur lequel nous reviendrons en discutant les indications de la laparotomie.

Pinard et Varnier, qui regardent comme exceptionnelle l'action de semblables adhérences dans la production des rétrodéviations fixées, prétendent avoir rencontré souvent, par contre, des adhérences péritonéales anciennes qui s'établissent entre l'épiploon, la vessie et l'intestin, et qui forment au-dessus de l'utérus un couvercle qu'il ne peut soulever. Ils citent, dans leur travail, cinq observations, toutes terminées par une autopsie qui a montré la présence de ce toit d'adhérences[1]. Trois fois la réduction fut impossible ;

[1] Voici, comme exemple, une de leurs observations :
« Malade de vingt et un ans, entrée dans le service de Pinard,

deux fois elle fut possible, mais la mort survint, précédée, dans un cas, de l'avortement. Il existait dans tous les cas de la cystite gangréneuse, ce qui donne lieu à penser que les adhérences pouvaient être la conséquence de la péricystite, plutôt que le reliquat d'une péritonite ancienne, comme ils le prétendent. Nous avons recueilli une observation très intéressante, qui se rapproche un peu de celles de Pinard et de Varnier, à cela près que toute altération de la vessie était absente. Henkel (obs. XXV), pratiquant la laparotomie dans un cas de rétroversion d'utérus gravide de trois à quatre mois, trouva « de très fortes adhérences, qui s'étendaient sur l'intestin, la vessie et l'utérus » et

enceinte de quatre mois, avec signes de rétroversion d'utérus gravide irréductible (cystite gangréneuse), mort.

« A l'autopsie, vessie rattachée à la face profonde de la paroi abdominale par de nombreuses adhérences très vasculaires, peu épaisses, mais très résistantes.

« La vessie, du volume d'une tête de fétus à terme, empiète sur les deux fosses iliaques, surtout à droite.

« Le grand épiploon est tassé dans le flanc et la fosse iliaque gauche est rattachée à la partie postéro-latérale gauche de la vessie par des adhérences anciennes, fibreuses, qu'on ne peut déchirer...

« La vessie ainsi maintenue dans cet état anormal de distension par les adhérences avec la paroi abdominale et par les fausses membranes larges, lamelleuses, très vasculaires, développées en forme d'ailes de chauve-souris, qui la rattachent d'une part au cæcum, de l'autre à l'épiploon, dérobe complètement à la vue l'utérus et ses annexes. Elle oppose à l'ascension de l'utérus un obstacle insurmontable, et il est impossible, en introduisant la main dans le vagin, de détruire l'enclavement de la matrice...

« On sectionne les adhérences périvésicales. La vessie se laisse alors assez facilement renverser en avant...

« En introduisant deux doigts dans le vagin, on essaie de nouveau de désenclaver l'utérus et on y arrive sans difficultés cette fois... » *(Loc. cit.)*

qu'il fut obligé de sectionner aux ciseaux. Dühssenr considère, comme les auteurs précédents, que ces adhérences qui forment un toit au-dessus du détroit supérieur, sont les plus dangereuses pour l'avenir de la grossesse. Qu'elles soient anciennes ou secondaires à la péricystite, et plutôt conséquence que cause de l'enclavement, comme le pense Treub, ce qu'il importe surtout de retenir, c'est qu'elles entraînent l'irréductibilité.

Quand on ne trouve pas d'adhérences susceptibles d'expliquer la production de l'enclavement, Pinard croit qu'on peut l'attribuer généralement au volume trop considérable de l'utérus. Il faisait cette remarque, à propos de deux cas (obs. XIX et XX) où Mouchet, n'ayant pu mouvoir en aucune façon des utérus gravides de trois mois et demi ou quatre mois, avait pratiqué une laparotomie qui lui avait montré l'absence de toute adhérence. Mais il avait trouvé dans les deux cas un utérus plus gros que ne le comportait l'âge de la grossesse[1], et c'est par cet excès de volume, attribuable, pour lui, soit à la gêne apportée à la circulation par le renversement de l'utérus et sa flexion sur lui-même, soit à la présence d'une plus grande quantité de liquide amniotique, qu'il expliquait l'enclavement précoce.

L'incarcération peut être la conséquence d'une tumeur surajoutée : fibrome ou kyste de l'ovaire, comme dans un cas de Mouchet (obs. XX).

La dilatation sacréforme de la paroi postérieure de

[1] Vignard fait la même remarque à propos de son cas (obs. xxxv).

l'utérus peut être une cause d'enclavement; il s'agit alors d'incarcération partielle, susceptible de créer des désordres comme l'incarcération totale. Sans doute, dans des cas de ce genre, la moitié antérieure de l'utérus, s'accroissant en dehors du bassin, peut tirer à elle la distension postérieure, mais l'œuf inséré sur la paroi postérieure a tendance à se développer en bas et en arrière, et son élévation présentera ensuite de très grandes difficultés, sans oublier qu'un autre obstacle peut tenir à des adhérences[1]. Et cependant il faut réduire ces enclavements partiels, parce qu'en outre des accidents qu'ils sont susceptibles d'entraîner pendant la grossesse, ils obligent le fœtus à prendre une position vicieuse[2] et peuvent être la source de complications graves pendant le travail[3]. Nous avons recueilli deux observations de sacculation postérieure avec rétroversion partielle (obs. III et XXXII); dans un cas, il y avait rétention persistante d'urine, et la réduction paraissait difficile.

Nous serons bref sur les autres causes invoquées pour expliquer l'enclavement. Dührssen prétend que la rétraction de la séreuse utérine au voisinage de

[1] Dührssen cite deux cas où des adhérences rendirent impossible la réduction de l'ectasie utérine (Dührssen, *loc. cit.*).

[2] U. Von Klein fit une hystérectomie dans un cas de rétroflexion partielle due à un fibrome sous-séreux et trouva un fœtus dans une position un peu spéciale analogue à ce qu'on voit dans les cas d'épaule engagée. La tête fœtale était dans la corne utérine gauche et le siège dans la corne droite (*Monat. f. Geb. u. Gyn.*, avril 1912; analyse dans les *Archives mensuelles d'Obstétrique*, novembre 1912).

[3] R. de Bovis, de Reims, Sacculations intrapelviennes de l'utérus à terme (*Semaine Médicale*, 1908).

l'angle de coudure peut empêcher le redressement d'un utérus rétrofléchi. Cristofoletti est du même avis. Nous nous rangeons à l'opinion de Treub, pour qui cette rétraction « pourrait tout au plus faire comprendre la position anormale du col après le redressement spontané, plutôt que l'impossibilité de ce dernier mouvement[1] ». Les rétrécissements du bassin doivent être rarement en cause ; malgré leur fréquence, nous ne connaissons pas une observation où leur influence ait été signalée. Mann, à propos d'une observation (obs. V), ajoute à l'action des adhérences celle du vide atmosphérique qui attirerait l'utérus dans le bassin[2]. « Si l'utérus a de telles dimensions qu'il remplisse complètement la cavité pelvienne, les efforts de réduction par voie vaginale échoueront, non parce que l'utérus est trop gros pour être remonté au-dessus du bassin, mais parce que, par le fait même qu'il remplit complètement le bassin, quand il est remonté, aucun des organes susjacents ne peut venir prendre sa place, de sorte que son ascension est limitée et, dès que cesse la pression momentanée que l'on exerce au-dessous, la pression atmosphérique force l'utérus à reprendre sa mauvaise position. »

Enfin, pour certains auteurs, la rétention d'urine accidentelle peut être le point de départ de l'enclavement, en faisant buter la paroi antérieure de l'utérus contre le sacrum. C'est possible, mais la rétention d'urine primitive est rare chez la femme enceinte.

[1] Treub, *loc. cit.*, p. 319.

[2] Math. Mann, Traitement chirurgical de la rétroflexion irréductible de l'utérus gravide (*American Journal of Obstetrics*, 1898).

CHAPITRE IV

TRAITEMENTS DES RÉTRODÉVIATIONS DE L'UTÉRUS GRAVIDE, AUTRES QUE LA LAPAROTOMIE.

Article Premier

DANS LES PREMIÈRES SEMAINES DE LA GROSSESSE

Les rétrodéviations n'attirent généralement pas l'attention de la femme enceinte à cette époque, et le médecin n'est consulté, dans les premières semaines, que lorsque la malade éprouve quelques douleurs, accompagnées quelquefois de métrorragies. Que doit-il faire ?

Certains auteurs comme Maïss[1] conseillent de s'abstenir de manœuvres actives, parce qu'elles créent un danger d'avortement et que l'utérus se dégagera souvent spontanément. Attendre, surveiller la malade, évacuer régulièrement la vessie et le rectum, prescrire le décubitus ventral ou latéro-abdominal ; au besoin, placer un colpeurynter, telle est pour eux la conduite à tenir.

La plupart préfèrent pratiquer déjà une réduction qui ne sera guère plus difficile qu'à l'état de vacuité utérine ; la réduction obtenue, ils la maintiennent avec un pessaire « ce merveilleux instrument que quelques-uns paraissent par trop mépriser[2] ».

[1] Maïss, *loc. cit.*
[2] Goullioud, *loc. cit.*

Si des brides résistantes s'opposent à la réduction, ils attendent et se tiennent prêts à intervenir à la moindre alerte.

Article II

A PARTIR DU 3e MOIS DE LA GROSSESSE

La grossesse arrivée à trois ou quatre mois, sans que la rétrodéviation ait disparu, provoque des douleurs, de la gêne de la miction et de la défécation, des accès de rétention d'urine et parfois des menaces d'avortement. La première chose à faire, c'est de vider régulièrement la vessie et le rectum, celui-ci par des lavements, celle-là en recommandant à la malade d'uriner souvent et, s'il existe de la rétention, en pratiquant le cathétérisme. Des auteurs comme Burns, ont fait du cathétérisme méthodique de la vessie un mode de traitement des rétrodéviations. Le cathétérisme, en effet, supprimant le globe vésical distendu, permet, suivant la remarque de Trillat, « aux forces[1] qui agissent dans le sens du redressement de se développer librement ». Il doit être fait pendant plusieurs jours, trois ou quatre fois par jour. La sonde de femme est trop courte pour arriver au-dessus de l'infundibulum et c'est à la sonde d'homme, molle ou rigide, qu'il faut recourir. Le cathétérisme est parfois très difficile ; on peut le faciliter en repoussant en arrière le col utérin quand on l'atteint. Enfin, si toute évacuation de la vessie est impossible, il reste un moyen suprême : la ponction de la vessie (Dührssen).

[1] Nous avons vu au chapitre précédent quelles sont ces forces.

Dans les cas heureux, la réduction survient au bout de quelques jours de ce traitement. Quand elle n'a pas lieu, c'est le redressement manuel qui est le procédé de choix.

Après évacuation de la vessie et du rectum, la femme est mise en position de Trendelenburg ou en position génu-pectorale. Pour peu qu'on prévoie que les manœuvres seront laborieuses, il ne faut pas hésiter à recourir à une anesthésie générale. L'opérateur glisse la main dans le cul-de-sac postérieur et il essaye, par une pression modérée et continue, de repousser la masse utérine en s'aidant, au besoin, de la traction sur le col. Suivant la remarque de Jacobs, « il ne faut pas chercher à relever l'utérus, suivant l'axe du bassin, à cause de la saillie du promontoire ; on le dirigera, au contraire, vers une des articulations sous-iliaques. »

Goullioud préconise un procédé un peu particulier, qu'il tient de son maître Laroyenne, et qu'il décrit ainsi :

« Avec deux doigts vaginaux, l'index et le médius de la main droite, il faut chercher à atteindre le promontoire comme on le fait quand on veut, au cours d'une grossesse, après un début d'engagement, s'assurer des dimensions du détroit supérieur ; on refoule, en la soulevant, la présentation ; on force un peu et on atteint le promontoire, s'il est accessible. En agissant ainsi, dans les cas d'utérus gravide en rétroversion, on soulève aussi quelque peu cet utérus et, en même temps, il se trouve qu'en le frôlant tangentiellement on le fait rouler sur lui-même comme une boule[1]. Le

[1] Goullioud, *loc. cit.*

fond se porte donc en avant et, comme on le soulève en même temps, il se dégage de l'excavation et se redresse alors de lui-même. On est tout étonné de constater que le col a suivi le mouvement en sens inverse et s'est reporté en arrière, en un mot, que la réduction de la rétroversion s'est produite.

« On traumatise moins l'utérus en agissant ainsi et très probablement on obtient plus facilement la réduction que par des pressions directes. »

M. le professeur A. Pollosson recommande les pressions rectales qu'il considère comme bien supérieures aux pressions vaginales. La femme est mise en position génu-pectorale : le chirurgien introduit un, puis deux doigts dans le rectum ; il les écarte un peu et exerce sur le fond de l'utérus des pressions plus fortes et plus efficaces qu'en agissant par le fond du vagin.

La première tentative est-elle couronnée de succès ? On surveille la malade au point de vue d'une récidive de sa rétrodéviation et, si on a quelque crainte à ce sujet, il y a plus d'avantages que d'inconvénients à mettre un pessaire moins pénible pour la femme que le décubitus ventral prolongé.

Il ne faut pas se décourager, mais recommencer plusieurs fois les mêmes tentatives, en observant dans leur intervalle si la rétrodéviation augmente, reste stationnaire ou tend à se corriger et, en recommandant à la femme de prendre pendant quelques heures par jour la position genu-pectorale ou latéro-abdominale et la nuit le décubitus ventral ou latéro-abdominal. On n'a pas toujours la chance de réussir mais

on aura peut-être la surprise de voir une rétrodéviation, qui a résisté à toutes les tentatives, se réduire ensuite spontanément[1].

Nous pouvons rapporter ici l'opinion de M. le professeur Auguste Pollosson. Il avait observé tout d'abord que des corrections obtenues par des pressions digitales, par le vagin ou par le rectum, aidées de la position génu-pectorale, avaient été suivies d'avortement. La correction était parfaite, mais les manœuvres avaient exigé un peu trop d'énergie. Mis en garde par de semblables accidents, M. Pollosson fut conduit ultérieurement à utiliser avec beaucoup plus de modération les manœuvres de redressement et, par la suite, put observer plusieurs cas dans lesquels la correction ne fut obtenue que d'une façon lente, progressive, en quelques semaines (quinze, vingt jours), au moyen de séances espacées de cinq ou six jours et en utilisant, dans l'intervalle des séances, le repos au lit, le décubitus ventral ou latéro-abdominal et la position génu-pectorale. Il semble que dans ces cas les manœuvres de redressement n'apportent qu'une correction très faible, mais s'opposent à l'augmentation du plongement et il est probable que dans les intervalles des manœuvres, le développement abdominal de la portion supérieure de l'utérus vient concourir au redressement comme dans les réductions spontanées. Quoi qu'il en soit, il s'agit de malades, les unes primipares, les autres secondipares, présentant des rétroversions dans un utérus gravide de deux mois

[1] Voir de Graefe, cité par Labusquière; Littauer, *loc. cit.*

environ que, cliniquement, l'on ne pourrait pas différencier de celles qui sont définitivement irréductibles. Toutefois, il n'existe pas dans ces cas de troubles urinaires prononcés, ni de rétention. Les premières tentatives de réduction semblent presque nulles dans leur résultat : peu à peu, le plongement devient moins profond et un jour, la réduction se fait nette et complète, puis se maintient. M. Pollosson nous dit avoir observé quatre ou cinq fois des corrections ainsi obtenues progressivement.

Ces faits doivent, au point de vue de la conduite à suivre, amener à une insistance patiente des manœuvres de correction, tant que les accidents graves ne sont pas survenus. M. Pollosson insiste aussi sur la nécessité de n'avoir d'évacuation intestinale que par lavements pour éviter toute pression abdominale et d'uriner très souvent pour éviter la rétention vésicale.

Toutefois, ces espoirs ne sont permis que si la rétrodéviation ne présente aucune tendance à s'accentuer, et si les troubles présentés par la malade ne sont ni aggravés ni menaçants.

Un instrument peut quelquefois réussir là où la main a échoué. De tous les instruments plus ou moins ingénieux inventés dans ce but, nous ne retiendrons que les colpeurynters, très usités en Allemagne et les ballons de Gariel et de Tarnier, plus connus en France. Varnier a publié dans les *Annales de gynécologie*[1] un cas où il a obtenu une réduction suivie de guérison complète à l'aide du ballon de Tarnier placé dans le

[1] Varnier, *Annales de Gynécologie*, 1889.

rectum, après des tentatives infructueuses de réduction manuelle.

Article III

CYSTITE GANGRÉNEUSE

Quand survient cette grave complication de l'enclavement, il faut, avant tout, vider la vessie et assurer son drainage. Pinard et Varnier préconisent dans ce but la taille vaginale qui « facilite l'exploration de la vessie, son drainage, l'élimination des lambeaux de la muqueuse détachée, son lavage et sa mise en repos, conditions très importantes pour prévenir la rupture de la vessie dont les parois malades sont d'une fragilité extrême[1] ».

Cette technique, généralement adoptée, semble préférable, pour ces motifs, à l'évacuation incomplète par cathétérisme suivie d'application de glace que conseille Küstner.

Ce n'est que dans un second temps qu'il faut s'occuper de réduire la rétrodéviation, ce qui réussit quelquefois. En cas d'échec, lorsque la grossesse est à quatre ou cinq mois, l'avortement par les voies naturelles ou par la ponction du cul-de-sac postérieur, à la façon de Sänger et Dührssen, s'impose ; et, si la grossesse est plus avancée, la césarienne vaginale trouve une indication.

[1] Mlle Raichstein.

CHAPITRE V

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE LA LAPAROTOMIE

Article Premier

INDICATIONS

En exposant dans le chapitre précédent le traitement des rétrodéviations de l'utérus gravide, nous avons omis de parler de la laparotomie, dont nous nous occuperons plus en détail et dont nous allons étudier tout d'abord les indications.

Nous avons recueilli 35 observations de laparotomie pour rétrodéviation de l'utérus gravide. Nous en connaissons quelques autres cas, ceux de Küstner, de Siredey [1], des cas cités par Mann [2] ou par des auteurs allemands, etc. Mais nous les laissons de côté, parce que nous en ignorons les détails.

Dans nos observations, la laparotomie a été faite entre le premier mois et demi (Schlichting, Cristofoletti) et le cinquième mois de la grossesse (Jacobs).

Quatre de ces laparotomies ont été décidées après des erreurs de diagnostic.

Quant aux 31 observations concernant des laparotomies pratiquées après le diagnostic de rétrodéviation, nous voyons que, pour le plus grand nombre d'entre

[1] Syredey, Laparotomie pour rétroflexion adhérente de l'utérus gravide (*Annales de Gynécologie*, 1910, p. 564).

[2] Mann, *Journal of Obstetrics*, 1898, p. 299.

elles, c'est l'existence de symptômes d'enclavement, douleurs, pollakiurie ou ischurie, et l'inutilité des tentatives répétées de manœuvres de réduction qui ont décidé les auteurs à intervenir.

Dans 9 cas, ce sont des menaces d'avortement qui ont déterminé la laparotomie. Enfin, le souvenir de fausses couches antérieures, généralement multiples, survenues dans des conditions à peu près analogues à l'état actuel de la malade, semble avoir inspiré la décision du chirurgien dans 6 cas.

Voilà les indications qui ressortent de la lecture du texte des observations ; quand on les contrôle par les commentaires qu'y ajoutent les auteurs, on se rend compte que, d'une façon générale, les chirurgiens sont d'avis d'intervenir, la plupart, seulement après l'existence d'enclavements irréductibles, quelques-uns, plus audacieux, même avant l'apparition des symptômes d'incarcération, précisément pour l'empêcher.

Mann, Jacobs, Mouchet, Puppel, Doléris, Martin, Cristofoletti, Goullioud, entre autres, pensent que toute rétrodéviation au cours de la grossesse, compliquée de troubles urinaires et surtout de rétention d'urine, de constipation excessive, de douleurs vives dans le ventre, et irréductible par des tentatives réitérées de redressement manuel ou instrumental est justiciable de la laparotomie. La raison en est qu'ils soupçonnent avoir affaire, le plus souvent, à des adhérences inextensibles qui s'opposeraient de façon absolue au désenclavement de l'utérus. C'est à tel point que Goullioud, à propos de son cas, n'essaya même pas de traumatiser l'utérus par des manœuvres

intempestives, ayant eu « nettement l'impression que l'on n'aurait pas pu réduire cet utérus enclavé par des manœuvres faites par les voies naturelles ». Il existait, en effet, une bride irréductible.

D'autres auteurs, Schlichting, Küstner, Littauer, Maïss, Vignard, estiment que, pour peu qu'une rétrodéviation crée des désordres et soit susceptible de présenter quelques difficultés de réduction, on est autorisé à pratiquer la laparotomie, même avant l'apparition de l'enclavement irréductible.

Vignard va jusqu'à dire : « Pourquoi la laparotomie indiquée dans les cas d'adhérences, où elle est forcément plus longue, plus difficile, plus grave, le serait-elle moins dans les cas bénins, où il y a enclavement simple, où les difficultés opératoires sont réduites au minimum, où la durée de l'opération ne dure pas vingt minutes, où le traumatisme utérin est insignifiant et les chances d'avortement des plus réduites? » *(loc. cit.)*

Jacobs et Frankestein semblent considérer, celui-ci les douleurs persistantes, celui-là les menaces d'avortement comme une indication formelle.

A propos de cette intervention très discutée, pour laquelle des gynécologues et surtout des accoucheurs montrent une certaine froideur, il serait téméraire de notre part de prétendre formuler des indications précises. Nous avons cherché plutôt à rassembler des observations cliniques et les opinions des chirurgiens, d'où elles émanent, et si, au cours de nos recherches, nous avons essayé de nous faire une opinion, elle n'a qu'une valeur personnelle. Nous pensons qu'on a fait

plusieurs laparotomies pour des rétrodéviations qui auraient bien pu se corriger autrement. Nous avons vu faire par des chirurgiens, partisans de la laparotomie, la remarque que onze interventions de ce genre par un seul opérateur, Jacobs, en six ans, c'était peut-être un gros chiffre. Le texte, trop succinct, des observations de Jacobs a laissé persister nos doutes.

Nous serions porté à restreindre l'indication de la laparotomie aux cas où il existe un enclavement irréductible par les moyens ordinaires et s'accompagnant de symptômes de compression. On objecte (ce que nous avons déjà admis) que des rétrodéviations qui résistent à des tentatives, même bien conduites, de redressement, arrivent souvent à se réduire toutes seules. Il n'en est pas toujours ainsi. Harlay, dans sa statistique, ne relève que 141 réductions sur 193 cas, c'est-à-dire environ les trois quarts. Qu'adviendra-t-il alors du quatrième quart? Des adhérences solides, inextensibles, dont il n'est plus permis de douter après les travaux de Pinard, de Varnier et les découvertes révélées par la laparotomie, fixent l'utérus dans sa position vicieuse et tous les efforts resteront vains. L'utérus ne bouge pas, ou s'il donne l'impression de remonter, c'est simplement parce qu'il se laisse déprimer.

L'irréductibilité, due le plus souvent à des adhérences, peut tenir à d'autres causes, dont nous avons déjà parlé. Or, toute rétrodéviation irréductible amène fatalement des accidents que nous connaissons, accidents qui sont parfois très précoces et qu'on n'a plus le droit, aujourd'hui, de laisser survenir. Dans ces conditions, c'est la laparotomie qui est le-

traitement de choix, parce qu'elle permet de voir ce qu'il y a dans le bassin, de travailler au grand jour et, qu'en dépit de ce qu'on a dit, elle traumatise moins l'utérus que des manœuvres par le vagin ou le rectum, assez brutales, et expose moins qu'elles à l'avortement ; parce que, en outre, redressant surement l'utérus, elle écarte le danger capital, la gangrène de la vessie. Nous pensons donc qu'on est autorisé à recourir à la laparotomie toutes les fois que, au cours d'une grossesse, surtout si elle est un peu avancée, surviennent des accidents sérieux de compression, que les tentatives répétées de redressement restent sans effet, que l'utérus n'accuse aucune tendance à remonter et que les troubles fonctionnels persistent ou s'aggravent.

Article II

CONTRE-INDICATIONS

La laparotomie présente aussi des contre-indications. La plus formelle est l'existence d'une cystite gangréneuse, parce que la péricystite qui l'accompagne barre le chemin vers l'utérus et expose à la péritonite. Nous y joignons les maladies du cœur, des poumons, des reins, qui peuvent contre-indiquer à la fois une intervention chirurgicale et la continuation d'une grossesse. Encore faut-il qu'il s'agisse de lésions assez marquées. La malade opérée par M. Goullioud présentait des urines fortement albumineuses et ses suites opératoires n'en ont pas été troublées pour cela.

CHAPITRE VI

MANUEL OPÉRATOIRE DE LA LAPAROTOMIE

Avant l'opération, il est important de vider la vessie. Dans des cas où ils ne purent y arriver par cathétérisme, Mann et Murdoch-Cameron ont fait, après l'ouverture de la paroi, la ponction à ciel ouvert.

L'incision généralement choisie par les chirurgiens, est l'incision médiane, verticale, qui donne plus de jour. Elle commence à trois travers de doigt au-dessus du pubis et remonte jusqu'à l'ombilic. Henkel et Cristofoletti ont préféré l'incision de Pfannenstiel. Pendant ce premier temps opératoire, le chirurgien doit se méfier de la vessie qui peut être encore distendue, et qu'il risquerait d'ouvrir. Mouchet et Puppel signalent qu'ils sont tombés sur une grosse vessie, malgré le cathétérisme pratiqué immédiatement avant l'intervention. Dans le cas de Mouchet, la vessie avait le volume d'un gros œuf et remontait jusqu'à l'ombilic.

Le deuxième temps opératoire, la libération de l'utérus, n'est pas toujours très aisé. Certains opérateurs ont rencontré de grandes difficultés. Deux cas se présentent : il y a, ou il n'y a pas d'adhérence. Les adhérences secondaires à une annexite sont en général lâches, plus ou moins étendues, elles se laissent assez facilement dissocier avec le doigt. Les adhérences de périmétrite, fibreuses, résistent davan-

tage, et doivent être sectionnées aux ciseaux. La rupture des adhérences ne provoque généralement pas d'hémorragie. Seul, Jacobs a eu une fois (obs. XII) une hémorragie en masse assez abondante. Le tamponnement pendant quelques minutes peut rendre service quand des ligatures sont impossibles.

C'est dans le cas où il n'y avait pas d'adhérences, que les chirurgiens ont eu le plus de peine à libérer l'utérus. Il faut chercher à glisser la main derrière l'utérus, dans un sinus sacro-iliaque, à faire le tour en recherchant les adhérences, s'il y en à, et à soulever l'utérus. C'est quelquefois impossible. Puppel (obs. XXXIII) réussit, grâce à un procédé que nous n'osons pas recommander. Il désenclava le fond utérin en tirant sur des crochets fixés dans la musculature utérine, pendant qu'une anse de fil, passée sur le col, l'attirait en avant et en bas. Vignard (obs. XXXV) recourut à des tractions sur les ligaments ronds avec des pinces. Martin (obs. XXII) ne réussit qu'avec le secours d'un aide qui soulevait l'utérus par le rectum.

Deux fois on a pratiqué une opération complémentaire pour des lésions surajoutées. Mouchet (obs. XX) a enlevé un kyste de l'ovaire gauche, et Maïss (obs. XXVIII) des annexes droites enfouies sous des adhérences, sans aucune aggravation des suites opératoires.

A la fin de l'opération, le toucher vaginal permet de se rendre compte de la position de l'utérus. C'est à ce moment que le chirurgien place, s'il le juge à propos, un élément de soutien pour l'utérus, pessaire (Frankestein) ou tampon de gaze (Schwartz, obs. IV).

CHAPITRE VII

DES FIXATIONS COMPLÉMENTAIRES

On s'est demandé, en effet, si l'utérus libéré par laparotomie, était susceptible de retomber dans le bassin.

Il est certain qu'après une intervention pour des cas d'enclavement réellement irréductibles, où l'on a eu beaucoup de peine à extraire de la cavité pelvienne un gros utérus, il n'y a pas de danger qu'il y retombe. Mais les auteurs qui ont étendu les indications de la laparatomie à certains cas d'enclavement simple, ou même à des rétroversions non enclavées, pouvaient craindre une récidive, soit à cause du volume relativement faible de l'utérus, soit par le fait de la reproduction d'adhérences entre les surfaces cruentées.

Baudouin posait déjà, dans sa thèse, en 1890, pour certains cas graves, de rétroversion d'utérus gravide, l'indication de l'hystéropexie, mais une indication tout à fait exceptionnelle, puisqu'il citait un peu plus loin, la grossesse parmi les contre-indications de l'hystéropexie.

La fixation complémentaire de la laparotomie pour rétroversion d'utérus gravide est plus discutée peut-être que la laparatomie. On lui reproche d'être inutile et dangereuse. La crainte de voir la rétroversion se

produire de nouveau apparaît une illusion aux yeux de certains auteurs. D'ailleurs, un pessaire maintiendra suffisamment l'utérus sans comporter, comme une fixation, de risques d'avortement (Vertheim, Küstner, Pinard).

Les auteurs dont nous publions les observations ont pratiqué, soit l'hystéropexie, soit la ligamentopexie. Guinard (obs. XVIII) a fait la ventrofixation d'après la technique de Monod et Vanverts ; Schlichting (obs. XXIII) et Maïss (obs. XXVIII) d'après celle d'Olshausen. Remarquons ici que la seule complication signalée après une fixation, dans nos obserservations, a été la lenteur du travail dans le cas de Schlichting.

C'est aux fixations directes de l'utérus que vont principalement des critiques formulées contre les fixations en général. Ces fixations directes présentent des dangers particuliers pour la continuation de la grossesse et pour la marche du travail. Elles excitent les contractions de l'utérus qu'elles touchent directement, elles peuvent s'accompagner d'un suintement sanguin très abondant, et font courir les risques de perforer l'œuf, à cause de la minceur de la paroi. En outre, elles favorisent la présentation de l'épaule et les hémorragies de la délivrance, et, le cas échéant, elles seraient gênantes pour un curage digital ou un abaissement du col.

Pour toutes ces raisons, les auteurs, en particulier Cristofoletti, Doléris, Jeannin, préfèrent les fixations indirectes[1]. Doléris est intervenu une fois par son pro-

[1] P. Bröse a eu l'idée d'employer l'opération d'Alexander-Adams,

cédé (obs. XXI), Cristofoletti, dans ses quatre cas, a pratiqué la fixation à la manière de Doléris ; Schlichting a fait une fois (obs. XXIV) et Vignard deux fois (obs. XXXIVX, XXV) le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds. Doléris, Vignard, Pierre Delbet considèrent que la ligamentopexie ou le raccourcissement intra-adbominal des ligaments ronds ne compliquent pas du tout l'acte opératoire, qu'ils allongent à peine de quelques minutes; qu'ils ne comportent, à l'égard de la grossesse et de l'accouchement, pas plus de danger que la laparotomie simple, et qu'ils donnent au chirurgien la certitude d'un bon résultat orthopédique. Disons tout de suite qu'on ne signale pas d'avortement dans nos onze observations de fixation utérine après laparotomie. Nous relevons six accouchements, trois continuations normales de la grossesse. Deux fois les suites ont été inconnues. Enfin, à propos de trois cas, on note la persistance de l'antéflexion après l'accouchement.

dans deux cas de rétroversion d'utérus gravide, une fois pour des douleurs très vives persistant après le redressement manuel et la pose d'un pessaire, l'autre fois parce qu'après la reposition l'utérus ne pouvait être maintenu par un pessaire. Voir Appendice à nos observations.

CHAPITRE VIII

RÉSULTATS DE LA LAPAROTOMIE

Les suites opératoires sont simples, dans la plupart des cas. Beaucoup de chirurgiens prescrivent pendant les premiers jours la morphine en injections et le laudanum en lavements, tant pour mettre l'utérus au repos que pour calmer la douleur.

Voici les seuls accidents que nous avons relevés. Les malades ont souvent quelques vomissements anesthésiques, le soir de l'opération. Dans l'observation XI, Jacobs signale des métrorragies assez abondantes après l'intervention, et dans l'observation XII des menaces d'avortement pendant quelques jours. Guinard observa (obs. XVIII) de la rétention d'urine pendant quinze jours. Enfin, Martin eut, au neuvième jour, une « rupture de la cicatrice qui amena l'issue hors du ventre d'une anse grêle », sans autre conséquence.

Sur trente-cinq interventions, nous ne relevons que trois avortements, dont un seul peut être attribué sans discussion au traumatisme opératoire, celui qui est survenu le surlendemain de l'intervention (obs. XVI). L'avortement signalé dans l'observation II était probablement déjà commencé quand Violet est intervenu. Quant à l'avortement survenu au bout d'un mois et demi, il ne saurait être mis sur le compte de l'opération après un si long temps. Vingt-trois gros-

sesses se sont terminées par un accouchement spontané, à terme ou près du terme. Une seule fois, le travail a été un peu lent (obs. XXIII). Dans six cas, on note simplement que la grossesse continue. Une opérée de Jacobs (obs. X) et une de Cristofoletti (obs. XXIX) ont eu deux accouchements ultérieurs. Trois fois on signale que les suites de l'opération sont inconnues. Ce sont d'excellents résultats, qui font justice de l'objection que la laparotomie expose à l'avortement.

La laparotomie peut présenter un autre avantage, qui est le caractère persistant de la réduction de l'utérus en rétroversion. Cette persistance de la réduction n'est signalée qu'à propos de quatre cas, dont un sans fixation. Dans une seule observation (obs. XIX), on note une légère rétrodéviation après l'accouchement. Nos données sont insuffisantes, sur ce point.

Quand on songe avec quelle ténacité la rétroversion réduite pendant la grossesse par les moyens ordinaires se reproduit après l'accouchement, on se demande comment la laparotomie seule, sans fixation, peut suffire à empêcher l'utérus de revenir plus tard à sa mauvaise position.

Quoi qu'il en soit, le but qu'il importe d'atteindre, ce n'est pas d'assurer un redressement définitif de l'utérus, qu'il sera beaucoup plus facile d'obtenir à l'état de vacuité, mais de parer à des accidents immédiats, et de sauver à la fois, quand on le peut, deux vies, celle de la mère et celle de l'enfant qu'elle porte. La laparotomie, dans la rétroversion de l'utérus gravide, a permis d'obtenir ces heureux résultats, dans des cas où il semble bien que, seule, elle pouvait le faire.

OBSERVATIONS

Observation I

(Hôpital Saint-Joseph de Lyon, service de M. le Dr Goullioud, chirurgien-chef).

Utérus gravide en rétroversion fixé par une bride fibreuse. — Rétention des urines. — Réduction par laparotomie. — Accouchement à terme.

Mme A. J..., cultivatrice, est envoyée à l'hôpital, le 8 novembre 1909, par le Dr Carron, d'Artemare, pour une rétention d'urine au cours de la grossesse.

Cette dame, âgée de quarante-quatre ans, a eu cinq enfants, dont quatre restent bien portants. Elle eut une hémorragie utérine il y a douze ans, quinze jours après son dernier accouchement.

Depuis quatre mois, les règles de la malade ont cessé complètement ; il y a un mois, la malade remarqua l'augmentation du volume du ventre sans aucune douleur. En même temps, elle eut de la dysurie, de la pollakiurie, de la constipation. Les dernières règles ont eu lieu du 8 au 10 juillet 1909.

A l'examen, le ventre est très augmenté de volume et très tendu. La percussion dénote de la matité au centre avec de la sonorité dans les flancs, et la palpation révèle une fluctuation très nette de sa partie centrale. Il y a un œdème considérable des grandes lèvres et de la région pubienne.

Au toucher vaginal, le col utérin, porté en haut et en avant, est difficilement accessible ; le doigt sent l'excavation du bassin remplie par une masse fluctuante et tendue qui paraît faire corps avec la tuméfaction abdominale.

La pression en arrière, exercée par un doigt sur le cul-de-sac vaginal postérieur, fait uriner la malade.

On a, en somme, la sensation d'une grosse vessie distendue masquant une affection des organes génitaux ou peut-être une grossesse. Le cathétérisme permet de retirer, sans vider la vessie, 2 litres d'une urine un peu trouble ; on le fait suivre d'un lavage.

On constate que la pression sur la tumeur abdominale comme sur la paroi postérieure du vagin augmente considérablement le débit et la force du jet d'urine.

14 novembre 1909. — La malade, que l'on sonde chaque jour, ne peut toujours pas évacuer spontanément ses urines ; elle présente toujours un œdème sus-pubien accentué.

Un détail important de son examen, c'est que, quand le doigt presse sur la paroi vaginale postérieure, les urines s'écoulent. L'examen bi manuel fait admettre une tumeur liquide fluctuante pelvienne, que l'on considère être l'utérus gravide en rétroversion ; puis, au-dessus du pubis, une tumeur arrondie qui doit être la vessie. Cependant, la tension du ventre ne permet pas d'affirmer qu'il ne s'y joint pas un kyste ou quelque autre tumeur. On a nettement l'impression que l'on ne pourrait pas réduire cet utérus enclavé par des manœuvres faites par les voies naturelles.

Après quelques jours de lavages vésicaux, devant la persistance de la rétention d'urine, on se décide à intervenir.

15 novembre 1909. — La malade a présenté une température de 38 degrés, plusieurs fois 37°8 le soir ; ses urines renferment un gros disque d'albumine, mais en somme l'état général est resté bon.

Opération, le 16 novembre 1909, par M. le Dr Goul-

lioud. — Anesthésie sans incident. Laparotomie sous-ombilicale.

A l'ouverture de l'abdomen, on constate, en avant, une vessie remontée très haut, présentant des parois très épaissies et un léger piqueté hémorragique. En arrière, un gros utérus gravide fixé en rétroversion ; avec la main abdominale glissée entre la face postérieure de l'utérus et le promontoire, M. Goullioud ramène petit à petit l'utérus hors du bassin, d'abord la corne droite, puis le fond. Au même moment apparaît une bride qui fixe la corne gauche en arrière.

Cette bride s'attache, d'une part, à la corne gauche et, d'autre part, s'insère dans le bassin sur la paroi postérieure en un point qu'on ne peut facilement préciser. Cette bride est fibreuse, très résistante, et il semble qu'on déchirerait l'utérus qui paraît friable plutôt que de le faire céder. Elle est tout à fait comparable à un tendon aplati, qui aurait peut-être bien 8 à 10 millimètres de large, 1 millimètre d'épaisseur et 10 centimètres de long environ ; on sectionne cette bride avec des ciseaux, la réduction de l'utérus s'achève aussitôt. On a posé une ligature sur cette bride, du côté de l'utérus ; du côté pelvien le fil lâche, et comme on ne voit rien saigner, on ne juge pas utile de refaire la ligature.

On n'a pu préciser l'origine de cette bride. En effet, on ne constate aucune lésion des annexes, le pavillon tubaire est libre des deux côtés. Il n'y a pas trace d'autres cicatrices au pourtour du détroit supérieur ou sur l'utérus.

Les suites de cette intervention ont été absolument simples : pas d'élévation de la température, le pouls n'atteint jamais 100 pulsations à la minute.

De suite après la réduction, la malade a pu uriner ; on a fait encore quelques lavages vésicaux.

La malade a quitté l'hôpital le 29 novembre 1909, c'est-à-dire après un séjour de trois semaines.

On a appris ultérieurement que l'accouchement s'était fait simplement à terme le 13 avril 1910.

Le 27 février 1911, la malade donne les meilleures nouvelles de sa santé et de celle de son dernier enfant.

Observation II

(Due à l'obligeance de M. Violet, chef de la clinique gynécologique de la Charité, Lyon).

Rétroversion adhérente de l'utérus gravide prise pour une grossesse extra-utérine. — Laparotomie. — Réduction. — Avortement.

Mme X..., trente-trois ans, a eu deux enfants.

Vient trouver le Dr Violet avec des douleurs dans le ventre et dans les reins, depuis un certain temps.

Dernière grossesse datant de deux ans ; il y avait eu, à cette époque, un arrêt de règles de deux mois, suivi de pertes en caillots pendant quatre à cinq mois ; ce qui faisait penser à une fausse couche avec expulsion spontanée. Cette fausse couche avait été suivie de quelques phénomènes infectieux. Température: 39 degrés, pendant trois à quatre jours, avec séjour au lit pendant quinze jours environ.

Actuellement, la malade a un arrêt de règles de vingt jours, ce qui fait penser à une grossesse d'un mois. Depuis huit à dix jours elle présente des pertes sanglantes, sans coliques, sans caillots.

A l'examen, on trouve dans le douglas une masse du volume d'une orange. On croit sentir l'utérus en avant, couché sur cette masse. La masse sentie dans le douglas est tellement douloureuse, tellement lisse, régulière, vascularisée, qu'on fait le diagnostic de grossesse extra-utérine.

Laparotomie. — On tombe sur un utérus gravide en rétroversion, qu'on reconnaît immédiatement, mais qu'on ne peut réduire avec la main, maintenu qu'il est par une bride partant de la corne utérine droite et allant se fixer

dans le douglas. A un examen plus attentif, on voit que cette bride est formée par la trompe droite tendue et fixée contre la paroi pelvienne. Ablation de cette annexe droite, grosse comme le pouce. Aussitôt l'utérus se réduit. Les annexes gauches sont saines. Pas de fixation, du fait qu'on se rend compte que l'utérus ainsi dégagé n'a aucune tendance à retomber en arrière.

Suites opératoires simples.

Expulsion d'un œuf intact avec embryon ecchymosé [1].

Observation III

(Due à l'obligeance de M. Violet (voir plus haut).

Ectasie sacciforme du segment inférieur dans un utérus gravide prise pour un kyste de l'ovaire surajouté, enclavé dans le douglas. — Laparotomie. — Guérison. — Accouchement à terme.

Mme I..., trente-cinq ans.

A eu deux enfants, le premier il y a douze ans, le second il y a quatre ans.

Elle vient consulter pour un arrêt de règles avec douleurs dans les reins et dans le bas-ventre depuis quelque temps. L'arrêt de règles fait supposer une grossesse de trois mois.

A l'examen, on constate une disposition anormale ; le

[1] M. Violet fait remarquer qu'il n'est pas sûr que l'intervention ait provoqué la fausse couche. Il est fort possible que, si on avait attendu, la fausse couche se serait produite spontanément et les hémorragies mises sur le compte de l'expulsion de la fausse caduque d'une grossesse tubaire n'étaient peut-être que les prémisses d'un avortement prochain.

M. Violet fait observer aussi que, s'il avait porté le diagnostic de rétroversion d'utérus gravide, après l'échec, certain dans ce cas, des tentatives de réduction, il aurait décidé la laparotomie.

cul-de-sac postérieur est occupé par une masse fluctuante, lisse, régulière, repoussant fortement le col sous la symphyse. Par le palper abdominal, l'ensemble de cette masse remonte presque jusqu'à l'ombilic, si bien qu'à vouloir en faire une grossesse utérine, on se trouve en discordance avec la date des dernières règles. L'ensemble correspond à une grossesse de cinq mois.

A un examen plus attentif, on arrive à isoler, dans cette masse, deux portions assez indépendantes, l'une antérieure couchée dans la fosse iliaque gauche, dont les impulsions se transmettent nettement au col, et dont on fait un utérus gravide de trois mois. La masse postérieure fluctuante, occupant tout le douglas, et perceptible surtout par le palper abdominal dans la fosse iliaque droite, est interprétée comme un kyste de l'ovaire.

Devant ces constatations, M. Violet conseille une laparotomie destinée à enlever cette masse kystique plongeant dans le douglas, mais conseille de prendre auparavant un autre avis. M. le professeur A. Pollosson confirme le diagnostic. Intervention, le surlendemain.

Laparotomie. — On trouve l'utérus en avant, avec les deux cornes et l'origine des trompes parfaitement symétrique en haut. On cherche à luxer l'utérus pour pouvoir désenclaver la masse postérieure et on s'aperçoit que c'est l'utérus lui-même qui s'évase en arrière. On a beaucoup de peine à introduire la main. Il faut la glisser dans un sinus sacro-iliaque pour contourner le pôle inférieur de la tumeur, et, à un moment, on a la sensation d'une luxation assez brusque. On s'aperçoit dès lors que toute cette masse fait corps avec l'utérus, qu'il n'existe point de kyste indépendant, que la masse pseudo-kystique mince, lisse, qu'on sentait dans le douglas n'était que la face postérieure de l'utérus en rétroversion partielle. Mais l'utérus est à peine luxé qu'il change complètement de forme, et que la masse postérieure devient latéro-utérine droite et la masse antérieure latéro-utérine gauche comme s'il s'agissait d'un

utérus bicorne qui se serait enclavé dans le bassin beaucoup plus par son côté droit que par son côté gauche.

Suites opératoires simples.

Dans l'ensemble, l'utérus paraissait d'une grossesse de cinq mois au lieu de trois, et on pensait que la malade s'était trompée sur la date de ses dernières règles. Ultérieurement, la malade accoucha à terme, c'est-à-dire d'après les dates qu'elle avait indiquées, mais d'une grossesse gémellaire[1] (Dr Gros).

Observation IV

(Schwartz, *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1894).

Rétroflexion d'utérus gravide de trois mois prise pour une hématocèle. — Laparotomie. — Réduction. — Accouchement à terme. — Persistance de la réduction.

Jeune femme de vingt-deux ans, couturière, qui entre à l'hôpital Cochin avec des accidents aigus du côté du bas-ventre.

Depuis un accouchement, il y a quinze mois, elle souffre beaucoup du côté gauche ; ces douleurs ont beaucoup augmenté depuis les huit derniers mois et sont devenues absolument insupportables depuis quelques semaines, de telle sorte qu'il lui est totalement impossible de marcher, de rester debout. Elle a eu ses dernières règles le 11 mars, elles ont duré deux jours et ont été peu abondantes ; elle n'a jamais eu aucun retard, ni aucune irrégularité. Nous insistons sur ce dernier renseignement qui a une grande

[1] Note de M. Violet. On croyait, en rapprochant l'examen clinique des données fournies par la laparotomie, soit à une rétroversion partielle de l'utérus gravide qui pouvait se réduire spontanément, soit plutôt, étant donné que le fond utérin n'était pas enclavé dans le douglas, à une distension sacculaire du segment inférieur.

importance. L'examen nous montre son abdomen nullement augmenté de volume. La simple palpation fait sentir, au-dessus et en arrière du pubis, une tumeur qui s'enfonce dans le petit bassin et dont il est difficile de déterminer les limites et la consistance, à cause de la tension des parois abdominales. Elle est douloureuse à la pression.

Le toucher vaginal fait tomber sur un col utérin allongé en museau de tapir affleurant jusqu'à la vulve, de consistance normale. Rien dans les culs-de-sac latéraux ; mais le cul-de-sac postérieur est rempli par une tumeur fluctuante extrêmement douloureuse, ressemblant absolument à une hématocèle rétro-utérine. Le palper bimanuel montre qu'elle est en arrière de l'utérus ; elle en paraît complètement indépendante. Loin de soupçonner une grossesse, nous introduisons en douceur l'hystéromètre en caoutchouc de Terrillon, qui pénètre à 9 centimètres et demi et montre une légère rétroversion.

Le toucher rectal ne fait que confirmer ce qu'ont indiqué le toucher vaginal et le palper bimanuel.

Pour nous assurer du diagnostic, nous chloroformisons la malade et constatons bien nettement l'indépendance de la tumeur qui remplit le cul-de-sac postérieur de Douglas, de l'utérus qui est situé et repoussé en avant contre la symphyse pubienne.

La malade souffre beaucoup, et le diagnostic nous présentant malgré tout quelques obscurités, nous lui proposons la laparotomie qui est acceptée.

Le 24 mars 1894, laparotomie médiane ; l'incision nous permet d'introduire la main et de reconnaître que la tumeur qui est dans le cul-de-sac de Douglas est le fond de l'utérus rétrofléchi à angle aigu sur le corps et le col ; ceux-ci constituent un segment mince comme élongé situé en avant, tandis que le fond étalé sous forme de tumeur liquide remplit tout le cul-de-sac de Douglas en arrière ; nous sentons à travers les parois utérines une résistance et une fluctuation qui nous font aussitôt songer à une grossesse de

deux à deux mois et demi, d'après le volume de l'organe.

Il nous est facile de redresser l'utérus rétrofléchi, il garde sa situation ; nous ne le fixons pas, et refermons l'abdomen après nous être assuré de l'état d'intégrité complète des ovaires et des trompes.

A partir de ce moment, notre opérée n'a plus eu aucune douleur. Un tampon iodoformé insinué en arrière dans le cul-de-sac vaginal soutient l'utérus et nous constatons qu'il reste parfaitement redressé.

Aucun signe d'avortement après ces manœuvres. L'opérée rentre chez elle le 17 avril, et elle revient en octobre suivant accoucher dans le service de Bouilly.

L'accouchement s'est parfaitement passé, et l'examen que nous avons pu faire quand elle a quitté le service d'obstétrique montre que l'utérus bien en place n'a aucune tendance à la rétroversion ou à la rétroflexion.

Observation V

(Math. Mann, *American Journal of Obstetrics*, 1898, p. 25).

Rétroflexion d'utérus gravide de quatre mois, avec incarcération. — Réduction par laparotomie.

En novembre 1895, Mme A..., âgée de trente-cinq ans, mariée et mère de plusieurs enfants, le dernier âgé de six ans, venait à ma clinique pour être traitée. Depuis la naissance de son dernier enfant, elle a eu plusieurs fausses couches. Elle dit que ses règles étaient absentes depuis quatre mois, et durant tout ce temps elle a beaucoup souffert. Elle ressentait une grande douleur dans le pelvis, avec des difficultés pour aller à la selle et uriner. Elle ne pouvait ni marcher, ni se tenir debout sans souffrir.

L'examen montra que la cavité pelvienne était remplie par une tumeur molle, apparemment à minces parois, fluctuante, derrière le col, et qui n'était pas très sensible, mais

était absolument fixée. Le col était refoulé derrière la symphyse. La position du col de l'utérus était incertaine, mais je pensai que je pourrais le sentir au-dessus de la symphyse. La malade avait elle-même senti souvent ce qu'elle appelait une « tumeur » dans le vagin, tumeur dont elle faisait remonter l'apparition à une époque lointaine, mais imprécise.

Le diagnostic était incertain. On pouvait avoir à faire, soit à une rétroflexion de l'utérus gravide, soit à un kyste situé derrière l'utérus et remplissant la cavité pelvienne. Il était absolument impossible de repousser la masse hors du bassin, bien qu'on ait eu recours à des méthodes variées, même dans la position génupectorale, en abaissant le col avec une pince, et en exerçant une forte pression à travers le cul-de-sac postérieur, sous anesthésie.

On expliqua la situation à la malade, et on lui montra l'opportunité d'une laparotomie. Elle y consentit.

Après avoir vidé la vesssie, et incisé la paroi abdominale, je vis que j'avais à faire à un utérus gravide rétrofléchi. J'introduisis ma main derrière lui, et, avec une difficulté considérable, je réussis à remonter le fond de l'utérus au-dessus du pelvis. La pression atmosphérique fut l'obstacle principal. Je fermai alors l'abdomen.

La malade se rétablit promptement, et quitta l'hôpital complètement guérie. Je n'ai rien appris, depuis, sur elle.

Observation VI

(Math. Mann., *loc. cit.*).

Rétroflexion d'utérus gravide avec incarcération. — Réduction par laparotomie. — Accouchement à terme.

Malade âgée de trente-neuf ans, ayant eu plusieurs enfants. Le diagnostic était : rétroflexion de l'utérus gravide,

avec incarcération. Tous les efforts de réduction échouèrent et l'état de la malade empirait continuellement. La vessie était fortement distendue et n'était pas vidée par l'introduction d'un cathéter.

Le 22 juillet 1897, à l'hôpital général de Buffalo, j'ouvris le ventre à la place habituelle. Après avoir sectionné les plans de la paroi, je trouvai que j'étais au-dessous de la cavité péritonéale, le péritoine ayant été fortement élevé par la distension de la vessie. Je ponctionnai la vessie à cet endroit, et évacuai une grande quantité d'urine, puis je fermai l'ouverture avec quelques fils de catgut. Après avoir ouvert le péritoine, la main fut introduite, et, avec des difficultés considérables, comme dans l'autre cas, l'utérus fut remis en bonne position. Une sonde fut mise à demeure dans la vessie pendant deux jours.

La malade quitta l'hôpital le 11 août, en parfaite santé, la température n'ayant jamais été au-dessus de 38. Elle m'écrit qu'elle acheva sa grossesse et accoucha sans avoir présenté rien d'anormal.

Observation VII

(Obs. 1 de Jacobs, dans thèse de Clerc, Paris, 1900 : *Traitement de la rétroversion irréductible de l'utérus gravide*).

Femme de vingt-neuf ans, primipare, enceinte de quatre mois et demi; signes d'avortement depuis vingt-quatre heures. Rétroposition ancienne de l'utérus. Le corps est encastré dans le bassin. Laparotomie, le 24 juin 1891. Rupture des adhérences, reposition. La grossesse continue; l'accouchement a lieu sans incident, à terme.

Observation VIII

(Obs. 2 de Jacobs, *loc. cit.*).

Femme de vingt-sept ans, multipare, souffre depuis l'âge de dix-neuf ans de rétroflexion adhérente. Enceinte de trois

mois et demi, signes d'avortement depuis un jour. Laparotomie le 14 juin 1890. Reposition de l'utérus après rupture des adhérences. La grossesse se termine à terme sans incident.

Observation IX

(Obs. 3, de Jacobs, *loc. cit.*).

Femme de trente ans, secondipare; trois avortements entre deux et trois mois. Enceinte de cinq mois. Menaces continuelles d'avortement (douleurs, métrorragies, etc.), depuis trois semaines, affaiblissement général, voies digestives en très mauvais état. L'utérus est en rétroflexion avec incarcération. Les tentatives de redressement restent sans résultat. Laparotomie le 19 novembre 1891, reposition. La grossesse continue et l'accouchement se fait à terme.

Observation X

(Obs. 4 de Jacobs, *loc. cit.*).

Femme de trente-sept ans, multipare; six avortements en dix ans. L'utérus, développé normalement, est à quatre mois de grossesse ; il est en rétroflexion, immobilisé, signes d'incarcération. Le médecin m'apprend que tous les avortements antérieurs se sont produits dans les mêmes conditions que celui qui menace; l'utérus étant en rétroflexion fixée depuis une pelvipéritonite très grave, survenue à l'âge de dix-neuf ans, à la suite d'une chute pendant la menstruation. Laparotomie, le 13 juin 1899. Les adhérences pelviennes, qui maintiennent l'utérus, sont coupées aux ciseaux. Reposition. La grossesse continue et l'accouchement se fait à terme. Depuis, deux autres accouchements dans d'excellentes conditions.

Observation XI

(Obs. 5 de Jacobs, *loc. cit.*).

Femme de trente-deux ans, primipare, grossesse actuelle de quatre mois et demi, avec signes d'incarcération depuis quelques jours. Tentatives de réduction sans succès. Laparotomie le 1er juin 1893. Reposition. Accouchement à terme. L'opération est suivie de métrorragie assez abondante, mais sans avortement.

Observation XII

(Obs. 6 de Jacobs, *loc. cit.*).

Femme de trente-quatre ans, multipare. Sept avortements entre deux et quatre mois, dans l'espace de neuf ans. Signes graves d'incarcération. La grossesse actuelle remonte à environ quatre mois et demi. Laparotomie le 12 février 1895. La libération de l'utérus est laborieuse. Hémorragies en nappe très abondantes. Reposition. Pendant quelques jours, menaces d'avortement, puis tout se rétablit. L'accouchement eut lieu à terme.

Observation XIII

(Obs. 7 de Jacobs, *loc. cit.*).

Secondipare de vingt-sept ans, mêmes signes que les cas précédents. Opérée le 18 mars 1895. Grossesse à terme. Accouchement sans incident.

Observation XIV

(Obs. 8 de Jacobs, *loc. cit.*).

Secondipare de trente et un ans, mêmes signes que les cas précédents. Opérée le 21 août 1895. Grossesse à terme. Accouchement sans incident.

Observation XV

(Obs. 9 de Jacobs, *loc. cit.*).

Femme de vingt-neuf ans, multipare. Rétroflexion ancienne, suite de péritonite survenue après un avortement. Signes d'incarcération; grossesse actuelle datant de quatre mois; métrorragies profuses depuis quarante-huit heures. Tentatives de réduction sans succès. Laparotomie le 23 août 1895. Suites normales. Grossesse évolue sans incident jusqu'à terme. Accouchement difficile.

Observation XVI

(Obs. 10 de Jacobs, *loc. cit.*).

Primipare de trente-quatre ans. Menaces d'avortement. Opérée le 3 décembre 1891. Avortement le surlendemain.

Observation XVII

(Obs. 11 de Jacobs, *loc. cit.*),

Rétroversion d'utérus gravide, avec incarcération. — Troubles vésicaux. — Laparotomie : réduction. — Accouchement à terme.

Femme de trente et un ans, enceinte de cinq mois.

Premier accouchement normal, suites de couches normales. Deuxième accouchement normal; rétention placentaire de quelques jours, suivie de péritonite qui tient la femme alitée pendant trois mois. Rétablissement incomplet. Depuis cette époque, crises douloureuses pelviennes, ayant toujours cédé au repos et aux soins hydrothérapiques locaux. Trois avortements en quatre ans, tous entre trois et six mois, précédés de troubles vésicaux et intestinaux intenses. Grossesse actuelle remontant à cinq mois. Début

normal, mais, depuis le quatrième et le cinquième mois, réapparition de troubles vésicaux et intestinaux, s'accentuant à mesure qu'avance la grossesse. Depuis quatre et cinq jours, on sonde la malade quatre et cinq fois par jour. Défécation pénible et douloureuse.

A l'examen, col ramolli, entr'ouvert, dirigé en haut et en avant, très haut situé derrière le pubis; corps développé normalement pour une grossesse de quatre mois et demi à cinq mois, remplissant la cavité pelvienne, en rétroversion totale par rapport au col. Evacuation de la vessie et de l'intestin. On tente, pendant quelques jours, par tous les moyens manuels possibles, de redresser le corps utérin au moyen du toucher vaginal, du toucher rectal, dans toutes les positions possibles; ballon de Petersen introduit dans le rectum sans résultat; les manœuvres diverses et répétées durèrent une huitaine de jours. Les troubles occasionnés par cette grossesse anormale s'accentuent de plus en plus, la défécation devient impossible, le cathétérisme vésical de plus en plus pénible. La situation de la malade devient inquiétante.

Laparotomie le 21 novembre 1896. Détachement des adhérences profondes qui retiennent l'utérus dans le pelvis, au moyen de la main. Reposition de l'utérus qui est amené au-dessus du détroit supérieur où il se maintient sans aucune tendance à retomber dans le bassin. Toilette de l'abdomen et fermeture des parois. Suites de l'opération absolument bénignes. La grossesse évolue normalement jusqu'à terme, et, dans le courant de mars 1897, un gros garçon fut mis au monde.

Observation XVIII

(Obs. de Guinard, dans *Traitement de la rétroversion irréductible de l'utérus gravide*, par Marcel Clerc, thèse de Paris, 1900).

Rétroversion fixée d'un utérus gravide de deux mois et demi, ayant provoqué des vomissements et de

l'albuminurie, et prise pour une grossesse extra-utérine. — Réduction par laparotomie, ventrofixation. — Accouchement à terme d'un enfant mort.

Mme X..., âgée de trente-quatre ans, a eu à dix ans une fièvre typhoïde. Elle ne présente aucun antécédent pathologique.

Réglée à douze ans, c'est une névropathe, irrégulièrement réglée.

Depuis plusieurs années, elle a une hernie inguinale gauche du volume d'un petit œuf, qui provoque de temps à autre des douleurs et des vomissements.

Elle a eu deux grossesses, avec présentation céphalique. Ses deux accouchements et leurs suites ont été normaux. Il s'agissait, pour le premier, d'un garçon qui a aujourd'hui quinze ans, lymphatique, adénoïdien; pour le second, d'une fille de neuf ans, rachitique.

Pas d'antécédents héréditaires spéciaux. Quatre frères sont bien portants, une sœur est morte de fièvre typhoïde. Le père et la mère sont en bonne santé.

Les dernières règles sont du commencement de mars 1899.

Dans le début d'avril, des vomissements apparaissent. La malade pense que c'est sa hernie qui est cause de ces accidents et entre, à la fin d'avril, à la Salpêtrière, dans le service de M. Segond, pour se faire opérer de cette hernie; cinq jours après son entrée elle quitte l'hôpital par boutade, sans avoir été opérée.

Dans les premiers jours de mai, les vomissements devenant incoercibles, elle consulte le Dr Bouquet et le Dr Jaoul, qui pensent à une grossesse et font analyser les urines qui contiennent 0 gr. 30 d'albumine par litre. Malgré le régime lacté exclusif, et les médicaments appropriés, les vomissements persistent et l'albuminurie ne diminue pas. C'est dans ces conditions que je suis appelé auprès d'elle.

Le toucher fait percevoir une tumeur très fluctuante qui

atteint le pubis en haut et remplit le petit bassin. Cette tumeur est douloureuse au toucher lorsqu'on veut la refouler de bas en haut. Ce n'est pas le toucher d'une grossesse ordinaire, et, de plus, la malade a eu ses règles, peu abondantes, il est vrai, en avril et en mai. Comme, du côté des seins, de la ligne blanche et de la vulve, je trouve les signes habituels de la grossesse, je conclus à une grossesse extra-utérine; mais comme, en réalité, mon diagnostic n'est pas absolument ferme, je conseille de continuer l'usage exclusif du lait et d'attendre quelque temps encore avant d'intervenir.

Au début de juin, l'albuminurie a persisté sans augmenter et les vomissements incoercibles sont devenus si menaçants pour la vie de la malade que ses deux médecins me télégraphient et me pressent de jour en jour pour intervenir.

Enfin, le 9 juin, trouvant la malade dans un état de faiblesse extraordinaire, je me décide à faire une laparotomie avec l'idée de parer aux accidents d'une grossesse extra-utérine.

La laparotomie médiane me montra qu'il s'agissait, en réalité, d'un utérus gravide en rétroversion très enclavé dans le petit bassin. Des adhérences solides fixaient le globe utérin dans la concavité du sacrum et ce n'est qu'avec beaucoup de peine que j'arrivai à les détruire et à libérer le fond de l'utérus. Au moment où je parvins à extraire l'utérus gravide du petit bassin et à le redresser, l'air se précipite avec bruit dans le petit bassin, comme lorsqu'on extrait la tête fémorale de la cavité cotyloïde.

Les annexes étant parfaitement saines, je fixe la face antérieure de l'utérus à la paroi abdominale par une série de crins de Florence placés suivant la méthode décrite par MM. Monod et Vanverts, c'est-à-dire que chaque anse de fil prend peu de peau, beaucoup de muscle et peu de péritoine. Quelques crins superficiels affrontent soigneusement la peau dans l'intervalle des crins profonds.

A dater du réveil de la malade, il n'y a plus eu un seul vomissement et toute trace d'albuminurie a disparu. Comme complication postopératoire, on a noté seulement de la rétention d'urine pendant une quinzaine de jours.

Trois semaines après, on commence à alimenter la malade qui jusque-là n'avait pris que du lait, et, dès le lendemain, elle est prise de vomissements avec un peu de subdélire et une crise nerveuse. Pensant à l'intoxication alimentaire, on donne un purgatif et on conseille un régime alimentaire plus doux. Tout rentre immédiatement dans l'ordre.

Le 15 juillet, on entend les bruits du cœur. La grossesse suit son cours normal jusqu'au 10 novembre. Ce jour-là, à la suite d'un commencement d'incendie dû à l'explosion d'une lampe, la malade eut une violente crise de nerfs. Douleurs dans le ventre à 5 heures du matin... 14 novembre, accouchement, présentation du siège, mode des fesses, extraction par Mauriceau.

Enfant mort au moment de l'accouchement, mais bien constitué. Caillots dans l'utérus, évacués par expression, injection intra-utérine de 3 litres de sublimé à 0,25 pour 1.000. Suites normales.

Aucun signe d'éventration au niveau de la cicatrice abdominale.

Observation XIX

(Mouchet, de Sens, *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1900).

Grossesse de trois mois et demi dans un utérus en rétroversion; incarcération; rétention complète d'urine; grandes douleurs pelviennes; réduction par la laparotomie; accouchement à terme.

La femme P... est âgée de trente-sept ans; bonne santé habituelle, antécédents nuls; menstruation régulière; trois

accouchements à terme, normaux ; aucune maladie de l'utérus et des annexes.

Les dernières règles ont apparu au commencement de septembre 1897 ; ce n'est que dans la seconde quinzaine de décembre que cette femme éprouva de la difficulté à uriner ; envies plus fréquentes et quantité d'urine émise de plus en plus faible. En même temps, développement extraordinaire du ventre avec douleurs très vives et constipation opiniâtre.

Je la vois pour la première fois à la fin de décembre et constate l'existence d'une tumeur abdominale fluctuante médiane et dépassant l'ombilic, tumeur qui n'est que la vessie énormément distendue ; par le toucher vaginal, col très élevé, petit, peu entr'ouvert, situé très haut derrière le pubis.

Le petit bassin est rempli par une tumeur arrondie, régulière, molle, quasi fluctuante, non douloureuse à la pression, refoulant la paroi postérieure du vagin vers le périnée, et distincte de la tumeur sentie par le palper abdominal.

Le toucher rectal confirme ces constatations, mais ne permet pas de sentir la limite supérieure de la grosseur pelvienne.

Je pratique le cathétérisme qui donne issue à 2 litres d'urine claire normale. Je puis m'assurer alors que la tumeur du petit bassin est constituée par l'utérus gravide, dont le développement considérable ne me paraît pas en rapport avec l'âge de la grossesse, trois mois et demi environ. A partir de ce premier cathétérisme, le femme P... n'urine plus, il faut la sonder trois fois par jour. L'état général est bon, l'appétit conservé, mais les douleurs abdominales persistent violentes et revenant par crises, et la constipation est toujours excessive.

Malgré l'évacuation régulière de la vessie et du rectum, le col utérin est très haut placé.

En présence de cette situation très pénible et inquiétante pour la malade, et redoutant un avortement prochain, je tente la réduction par les moyens ordinaires ; introduction

de plusieurs doigts dans le vagin, puis dans le rectum ; je n'obtiens aucun changement de position. L'utérus est bien enclavé dans le bassin et ne subit à la suite de ces tentatives répétées aucun mouvement en avant.

Comme la rétention d'urine est absolue, que le cathétérisme devient de plus en plus difficile et douloureux, que les douleurs abdominales augmentent du fait du développement assez rapide de l'utérus, qu'une fausse couche avec toutes ses conséquences paraît imminente, je propose la réduction de l'utérus par la laparotomie.

L'opération a lieu quelques jours après, le 4 janvier 1898, à l'Hôtel-Dieu. La malade est mise sur le plan incliné; une incision sur la ligne médiane est pratiquée à trois travers de doigt au-dessus du pubis pour éviter la vessie. Malgré cette précaution, je tombe sur le tissu cellulaire prévésical et trouve une vessie qui, bien que vidée par la sonde, a le volume d'un gros œuf et remonte jusqu'à l'ombilic.

L'incision prolongée en haut, met à découvert une tumeur rougeâtre, arrondie, molle, sans adhérences, occupant toute l'excavation, tumeur qui n'est autre que l'utérus gravide complètement renversé en arrière et fléchi sur lui-même.

Ce n'est qu'avec beaucoup de difficulté que je réussis à le dégager, en introduisant la main entre l'organe et la concavité du sacrum. Il est très vasculaire et présente un volume très considérable pour une grossesse de trois mois et demi.

Absence complète d'adhérences à la vessie, à l'intestin et au bassin; pas de fibrome. Rien du côté des annexes.

Le ballottement ne me permet pas de sentir le fœtus, mais de constater une grande quantité de liquide amniotique.

La vessie est refoulée derrière le pubis; le col utérin s'étant naturellement abaissé, je remarque que l'utérus, qui n'a aucune tendance à reprendre sa position vicieuse, remonte à deux travers de doigt de l'ombilic.

Le ventre est fermé par une suture à trois étages. Le soir,

quelques vomissements chloroformiques ; température, 37 ; douleurs vives et continues dans le ventre. Injection d'un demi-centigramme de chlorhydrate de morphine.

Le 5, température normale. La nuit a été calme : pas de vomissements ; cathétérisme facile ; urines claires et abondantes.

Le 6, même état satisfaisant. Selle à la suite d'un lavement.

Le 7, calomel, point de température ; cessation à peu près complète des douleurs.

L'amélioration se continue les jours suivants. Les fils sont enlevés le septième jour, et, le quinzième, la malade, se sentant tout à fait bien, se lève sans fatigue ; elle a uriné seule dès le quatrième jour.

La convalescence suit une marche régulière, malgré la formation d'un petit abcès de la paroi à la partie inférieure de l'incision.

Le 15 février, la femme P... percevait les mouvements de l'enfant et, le 20 juin, elle accouchait en quelques heures d'un garçon gros et bien constitué. Je l'ai revue depuis et ai constaté que l'utérus était encore en légère rétrodéviation.

Observation XX

(Mouchet, *loc. cit.*).

Rétrodéviation de l'utérus gravide de quatre mois avec kyste de l'ovaire, et accidents graves d'incarcération. — Ablation du kyste, et réduction de l'utérus par laparotomie. — Guérison ; accouchement à terme.

Femme D..., vingt-neuf ans, sans antécédents personnels ni héréditaires, sans enfants, bien réglée, voit depuis plusieurs mois son ventre se développer d'une façon assez

rapide. Elle n'a plus ses règles depuis le 1er février 1898. Elle se croit enceinte de quatre mois seulement, bien qu'elle soit en réalité fort grosse. Ce qui l'inquiète surtout, c'est que depuis le mois de septembre dernier elle a ressenti d'assez vives douleurs dans le ventre, avec vomissements, frissons et accès fébriles. En même temps apparaissait une tumeur surtout développée à gauche, dépassant peu à peu l'ombilic, allongée assez régulièrement de haut en bas et fluctuante. Je vois Mme D..., le 5 juin; par le toucher, je sens que le col est très élevé derrière le pubis, un peu gros, comme œdématié. Le bassin est rempli par une tumeur volumineuse, mollasse, régulière, appuyant sur le périnée et semblant se continuer avec le col, mais indépendante de la tumeur sentie à gauche de l'abdomen et dont les contours sont très nets. Je crois percevoir faiblement, à droite, les battements du cœur fœtal. La malade a toujours bien uriné jusqu'à il y a quinze jours. Depuis, les mictions sont devenues plus fréquentes et la constipation opiniâtre.

Je pense à une grossesse dans un utérus en rétrodéviation avec kyste de l'ovaire ou pyosalpinx, en raison des accidents douloureux et fébriles du début.

Je tente aussitôt la réduction par le vagin et par le rectum sans résultat. Pendant que j'attends le moment opportun pour intervenir, la femme D... est prise de rétention complète d'urine et de douleurs très violentes dans le ventre. Cette rétention d'urine ne me paraît pas être le fait de la compression de la vessie par la tumeur kystique qui s'élève dans l'abdomen et est assez mobile, mais par l'utérus qui se distend de plus en plus et s'enclave dans le petit bassin.

Le cathétérisme est douloureux et difficile, les douleurs plus intenses avec état général mauvais : quelques vomissements et, de temps à autre, des accès fébriles.

Je me décide à intervenir, non sans avoir tenté de nouveau le redressement de cet utérus gravide de quatre mois environ. L'opération est pratiquée le 15 juin. Le ventre, ouvert avec les plus grandes précautions, en raison du

déplacement de la vessie, j'extrais un petit kyste de l'ovaire gauche, sans adhérences, à pédicule long et mince, contenant 1 litre environ de liquide jaunâtre un peu louche. Je puis alors constater que l'utérus, très développé, rouge, vasculaire, occupe toute l'excavation pelvienne dans laquelle il est incarcéré sans être maintenu dans cette position par des brides vésicales, intestinales ou pelviennes.

Comme dans l'observation précédente, son volume ne m'a pas paru en rapport avec l'âge de la grossesse. Après plusieurs tentatives, la main glissée avec peine dans l'excavation du sacrum, je réduis complètement l'organe. La vessie est refoulée derrière le pubis, et le ventre fermé à trois étages. Le soir, douleurs assez vives dans le ventre, vomissements dus au chloroforme. Nuit mauvaise.

Le 16, température 37,5 ; pouls peu fréquent, mais faible. Injection d'un demi-centigramme de chlorhydrate de morphine pour calmer les douleurs.

Encore quelques vomissements les jours suivants, puis la miction se rétablit le cinquième jour. Les douleurs cessent et la malade est tout à fait rétablie vingt jours après l'opération. La grossesse continue régulièrement son cours, et l'accouchement a lieu dans d'excellentes conditions le 5 novembre.

Observation XXI

(Doléris, Communication à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie, *Annales de Gynécologie*, 1902).

Rétroversion adhérente d'utérus gravide de deux mois et demi, avec prolapsus utérin. — Réduction par laparotomie. — Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds. — Guérison. — Accouchement à terme. — Persistance de la réduction.

Il s'agit d'une femme de trente-six ans, entrée au pavillon de la Maternité de l'hôpital Boucicaut le 28 mai 1901.

Réglée à dix-sept ans, très régulièrement tous les mois; menstrues indolores et assez abondantes.

Mariée pour la première fois à vingt et un ans; elle a de ce premier mariage deux enfants, dont l'un est mort. Remariée à vingt-cinq ans, en 1892, elle devient aussitôt enceinte. Vers le deuxième mois et demi de cette grossesse, elle subit des brutalités réitérées, reçoit un violent coup de pied dans l'hypogastre, fait une fausse couche, et, depuis cette époque, reste affectée d'une rétroversion utérine.

Elle se fait soigner pour sa rétroversion à l'hôpital Necker, pendant onze mois, en 1894. Le traitement consiste en massages intra et extra suivis de l'application d'un pessaire qu'elle porte constamment et qui est retiré chaque jour pour la séance de massage.

Lorsqu'elle quitta l'hôpital, elle éprouvait toujours des malaises, maux de reins, céphalée, constipation opiniâtre. Les menstrues sont régulières, mais parfois très douloureuses.

28 mai 1901. — La malade vient à la consultation et accuse un retard de règles de deux mois environ; elle pense être enceinte.

Elle éprouve des douleurs très vives et constantes dans l'hypogastre; constipation invincible. Miction parfois douloureuse, toujours difficile.

L'utérus, volumineux, est entièrement rétroversé et rétrofléchi.

Le corps et le fond forment une tumeur volumineuse, régulière et rénitente qui occupe le cul-de-sac de Douglas, le déprime fortement et fait une saillie très accusée vers le vagin.

Cette tumeur descend très bas et il est visible que les tissus du plancher pelvien et les ligaments utérins sont relâchés.

La rétrodéviation a dû être précédée d'un fort degré de prolapsus génital. L'abaissement notable du douglas repoussé par le fond de l'utérus et la colpocèle postérieure

très accusée créent des conditions d'incarcération redoutables.

Toute la région est douloureuse au toucher.

Le col utérin est petit, situé très haut derrière la symphyse pubienne et regardant l'orifice vulvaire. L'angle formé par le col et le corps a son sinus ouvert en avant.

Le diagnostic de grossesse très probable est porté sans hésitation.

La malade est mise au repos et on procède à la désobstruction intestinale par des purgatifs et des lavements. On surveille la vessie.

Les douleurs abdominales persistent presque constantes et très vives. M. Doléris essaie de réduire la rétroversion dans la position génupectorale et ordonne le décubitus abdominal constant. Au bout d'une semaine de ce régime, la situation ne s'améliorant pas, la constipation étant impossible à vaincre, l'état gastro-intestinal peu satisfaisant et les douleurs persistantes, on procède à l'introduction dans le rectum d'un ballon rempli de 250 grammes d'eau, le 7 juin. Cette opération est douloureuse et mal supportée, bien qu'elle soit pratiquée lentement et avec mille précautions.

L'application du ballon rectal est réitérée le 14 juin et on le remplit de 320 grammes d'eau.

Après chacune de ces interventions, il a semblé à la malade qu'elle se trouvait un peu soulagée, mais cette amélioration est de très courte durée.

En réalité, malgré la répétition des mêmes tentatives, la persistance du décubitus abdominal, l'utérus ne se réduit nullement et les phénomènes morbides persistent en se compliquant de coliques utérines véritables qui font craindre un avortement.

M. Doléris décide alors de pratiquer la laparotomie (18 juin).

Petite incision sous-ombilicale. La main glissée derrière et sous l'utérus le décolle ainsi que les annexes rétropro-

labées et maintenues par des adhérences molles ; le péritoine est injecté et contient un peu de sérosité infiltrée dans des lacunes fibro-adhérentielles. L'utérus est ramené en avant, mais il tend à reprendre sa position vicieuse.

M. Doléris pratique alors le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds par son procédé.

L'abdomen est suturé en deux étages.

De suite après l'opération, M. Doléris s'assura, par le toucher, que l'utérus avait basculé en avant, que le douglas était vide. Par contre, le col utérin est abaissé et la masse utérine elle-même, bien que réduite, descend très bas vers l'orifice vulvaire. Le fond de l'utérus, qui paraît globuleux, remonte à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Les suites opératoires furent simples.

Pour prévenir tout danger d'avortement, on fait usage de piqûres de morphine à faible dose et fréquemment répétées, alternant avec des lavements laudanisés, puis de la teinture de viburnum à la dose de XL gouttes par jour, en deux ou trois fois, jusqu'au 15 juillet.

L'utérus, qui est en prolapsus accentué, est maintenu autant que possible ou plutôt soulevé par des tampons de gaze iodoformée.

26 juin. — Le fond de l'utérus est distant du pubis de 14 centimètres.

20 juillet. — La hauteur du fond de l'utérus est de 15 centimètres.

A la fin du mois, la malade se lève, se sent très à son aise, marche sans fatigue et n'éprouve aucune douleur.

10 août. — La hauteur de l'utérus est de 15 centimètres et demi.

18 novembre. — Hauteur utérine, 28 centimètres.

20 décembre. — Hauteur utérine, 39 centimètres.

L'accouchement a lieu à terme, le 1er janvier 1902, à 7 h. 20 du soir. Présentation D. P. Durée du travail : neuf heures. Terminaison spontanée. L'enfant était une

grosse fille, du poids de 4.000 grammes. Suites de couches normales ; involution utérine régulière et rapide.

13 janvier 1902. — Involution normale. Utérus en bonne attitude, mais abaissé.

Cystocèle marquée, périnée suffisant.

La malade subira la restauration plastique du vagin dans quelques semaines.

La cicatrice abdominale est parfaitement solide.

Observation XXII

(A. Martin, de Rouen, *Normandie Médicale*, 1903).

Rétroversion d'utérus gravide. — Réduction après laparotomie. — Continuation de la grossesse. — Accouchement normal.

J'ai dû, il y a quelques mois, réduire par laparotomie un utérus gravide rétrofléchi, absolument enclavé dans l'excavation pelvienne. Toutes les manœuvres classiques habituellement conseillées et pratiquées avaient échoué. Je ne pus redresser l'utérus qu'en enfonçant mes deux mains, à travers le ventre ouvert, de chaque côté du promontoire, tandis qu'un aide pressait fortement de bas en haut par le rectum.

Malgré ces violentes manœuvres et malgré une rupture de la cicatrice survenue neuf jours après l'opération et ayant amené l'issue hors du ventre d'une anse de l'intestin grêle, la grossesse continua son cours.

La malade alla jusqu'à terme et accoucha spontanément d'un enfant vivant[1].

[1] L'auteur remarque qu'un tel traitement est exceptionnel, mais qu'il n'avait pas d'autre moyen de sauver sa malade menacée de très graves accidents de compression du côté pelvien.

Martin intervint une autre fois (voir *Annales de Gynécologie*, 1910,

Observation XXIII

(Schlichting, *Gynäkologische Rundschau*, Heft XIII, 1908).

Rétroflexion adhérente d'utérus gravide d'un mois et demi. — Réduction par laparotomie et ventrofixation à la Olshausen. — Accouchement spontané.

Clara W..., trente et un ans. Entrée le 31 janvier 1907.

Diagnostic : Salpingo-ovarite double ; rétroflexion d'utérus gravide fixée.

11 février. — Opération : Laparotomie, libération de l'utérus, ventrofixation.

2 mars 1907. — Sortie.

Antécédents : Réglée à quinze ans, très régulièrement, toutes les quatre semaines. Les règles durent trois jours ; le premier jour, douleurs dans la région sacrée et dans le bas-ventre. Dernières règles le 23 décembre 1906. Il y a quatorze jours, la malade ressentit soudain, en travaillant, de violentes douleurs dans le ventre et eut pendant trois ou quatre heures de légères hémorragies. Dans le cours des dix derniers jours, les douleurs furent assez aiguës pour empêcher la station debout.

Quatre accouchements. Suites de couches normales. Avortement = 0.

A l'âge de six mois, affection de la hanche droite.

La jambe droite semble être restée plus courte que l'autre.

p. 115) par laparotomie, à cause de vomissements incessants et d'émission d'urine sanglante. Il trouva 2 litres d'urine dans l'abdomen et sur la vessie une déchirure de 4 centimètres. La réduction de l'utérus gravide de trois mois et demi fut faite par voie haute pendant qu'un aide refoulait l'utérus par le vagin.

Pas d'hystéropexie, drainage abdominal. Guérison au bout d'un mois, à la suite d'accidents fébriles, de pyurie et de pyélonéphrite.

Appareil génital externe : Rien à signaler. Du col, s'écoulent des glaires ; utérus augmenté de volume, rétrofléchi, fixé par les annexes gauches augmentées de volume et douloureuses comme les annexes droites. Un essai de réduction sous anesthésie échoue.

Opium, vessie de glace, repos au lit.

11 février. — Les troubles du bas-ventre ne se sont pas amendés après le traitement conservateur. L'utérus mou, fixé en rétroversion, n'est pas réductible. Les annexes sont tuméfiées. On décide de libérer l'utérus et de faire une ventrofixation.

Opération : Anesthésie en chloroforme et laparotomie. A l'ouverture de l'abdomen, l'utérus apparaît, augmenté de volume, mou. De chaque côté les annexes sont libres. De larges adhérences au fond et à la paroi postérieure fixent l'utérus gravide en rétroflexion. Les adhérences sont en partie sectionnées, en partie disséquées et l'utérus est ventrofixé à la Olshausen, car une nouvelle chute en arrière avec de nouvelles adhérences paraît possible. Fermeture de la paroi par le procédé habituel.

2 mars. — La plaie de la laparotomie est guérie *per primam*.

L'utérus est en bonne position, antéfléchi ; les annexes sont à leur place. Utérus mou, au troisième mois de la grossesse. Celle-ci continue. La femme ne souffre plus et, après une période d'apyrexie, elle part guérie.

15 août. — Depuis ce matin, la malade a des douleurs. Comme elle craint des complications pour son accouchement, du fait de la cicatrice abdominale, elle arrive le soir à 9 heures à l'hôpital.

L'examen externe montre qu'il s'agit d'une présentation du sommet. La tête est mobile au-dessus du détroit supérieur.

L'utérus correspond à huit mois. Le col laisse passer deux doigts, le soir. La poche des eaux bombe. Bruits du cœur fœtal nets, à 140-150. Les douleurs sont faibles. On baigne la patiente.

17 août. — Pendant la nuit, la malade n'a presque pas eu de douleurs. Le col est large comme une pièce de 3 marks ; on repousse un bras procident et on rompt la poche des eaux. On fait ingérer à la femme, par deux fois, 30 centigrammes de quinine et on applique des assiettes chaudes sur le corps. Des douleurs surviennent à 5 heures du soir. Comme elles sont faibles et que la dilatation du col est insuffisante, on introduit un colpeurynter.

Les douleurs s'accentuent. Bon pouls, malade très affaissée.

10 h. 30 du soir. — La traversée de la tête est facile et l'accouchement s'effectue normalement.

L'enfant est légèrement asphyxique.

Deux injections d'ergotine.

A 11 heures, délivrance spontanée complète. Sac de sable sur le corps. A 1 heure, utérus bien contracté, température normale. Suites de couches normales.

Observation XXIV

(Schlichting, *loc. cit.*).

Rétroflexion fixée d'utérus gravide d'un mois et demi. — Réduction par laparotomie. — Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds. — Guérison.

Louise W..., trente-sept ans, reçue le 4 septembre 1907.

Diagnostic : Rétroflexion d'utérus gravide fixée.

Opération : Laparotomie, libération de l'utérus et raccourcissement des ligaments ronds.

Sortie le 21 septembre. Guérison.

Antécédents : mariée depuis quinze ans. Neuf accouchements, six enfants vivants. Accouchements faciles, suites de couches sans incidents. Le dernier accouchement a eu lieu il y a cinq ans. Trois fausses couches. Les dernières règles sont du 16 au 19 juillet. Les règles sont

assez abondantes et douloureuses les derniers jours. Selles régulières. Il y a deux ans, la malade aurait eu une tumeur dans le petit bassin et serait restée alitée de longues semaines pour ce motif. Pas de suppuration. A l'époque où la malade attendait ses dernières règles, elle ressentit brusquement le 14 août de violentes douleurs dans le bas-ventre, et alla trouver un médecin.

Les souffrances persistant, le Dr K... l'envoie à l'hôpital pour se faire opérer. Température : 37°2.

A l'examen : Muqueuse et col de coloration livide. Du col s'écoulent des glaires. Utérus un peu augmenté de volume, mou, rétrofléchi à droite, fixé dans le douglas.

Les annexes droites ne sont pas perceptibles à la palpation ; à gauche, à côté de l'utérus, on sent l'ovaire prolabé augmenté de volume ainsi que la trompe dont l'extrémité abdominale forme une tumeur molle de la grosseur d'un œuf de poule. Colostrum. Utérus non réductible sous anesthésie.

6 septembre. — Opération. Anesthésie au chloroforme et à l'éther. Laparotomie sur la ligne médiane. Après l'ouverture du péritoine, on voit l'utérus gravide en rétroflexion, fixé dans le douglas par de vieilles adhérences. Il existe en même temps, entre les trompes et les anses grêles sus-jacentes, des adhérences étendues. Ces adhérences sont en partie disséquées, en partie sectionnées aux ciseaux, en partie effondrées au doigt. L'ovaire gauche ainsi que sa trompe adhérente dans le douglas sont libérés. L'ovaire contient un corps jaune vrai. L'utérus est mis en antéversion flexion par raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds, suturés avec de la soie et du catgut. Fermeture de la paroi comme d'habitude.

21 septembre. — L'utérus est en bonne position, antéfléchi. La malade a ressenti les malaises de la grossesse : céphalées, nausées. Réunion de la plaie *per primam*. La malade part guérie [1].

[1] Schlichting cite ensuite deux cas de Thorn, concernant des rétro.

Observation XXV

(Henkel, Communication à la Société de Gynécologie et d'Accouchement de Berlin, mars 1909. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie*, 1909).

Rétroflexion fixée d'utérus gravide de trois à quatre mois. — Réduction par laparotomie. — Pessaire. — Continuation de la grossesse.

Il s'agit d'une femme de vingt-six ans qui a eu trois accouchements et qui, le 1er mars, vint à ma clinique avec des douleurs assez fortes du bas-ventre et de la compression de l'intestin. La défécation laissait beaucoup à désirer.

A l'examen, on trouva un utérus gravide rétrofléchi de trois à quatre mois. Il fallait chercher dans cette rétroflexion la cause des malaises de cette femme, bien qu'il n'y eût pas, à proprement parler, d'incarcération. La vessie se vidait normalement. Je cherchai à remettre l'utérus en place par « colpeuryse », avec des tentatives manuelles et même sous anesthésie. Je ne réussis pas. En recherchant avec une attention particulière des adhérences, j'eus la sensation d'une corde dure derrière le cul-de-sac postérieur du vagin.

Cela m'indiquait qu'il s'agissait d'une adhérence irréductible de l'utérus gravide rétrofléchi. Comme la femme désirait mener sa grossesse à terme, j'essayai de sectionner les adhérences après laparotomie.

L'opération eut lieu le 6 mars. Laparotomie : Incision de Pfannenstiel. Je trouvai de très fortes adhérences, qui s'étendaient sur l'intestin, la vessie et l'utérus et qui étaient telles que je ne pus les décoller avec le doigt, mais je dus les

flexions d'utérus gravide aux troisième et quatrième mois avec laparotomie ayant donné un résultat favorable par rapport à la grossesse. Dans un de ces cas il existait des accidents d'incarcération.

sectionner aux ciseaux et lier les petits vaisseaux que j'avais ouverts. Elles expliquaient suffisamment l'impossibilité de réduire l'utérus. Il y avait notamment dans le douglas des adhérences très étendues qu'il était difficile de sectionner. Après réduction de l'utérus et fermeture de la cavité abdominale, on plaça dans le vagin un pessaire de Meyer. La malade a eu VIII gouttes de teinture d'opium après l'opération, pas d'ergotine.

Lever : Huit jours après. Toutes les douleurs qui avaient décidé la femme à venir à la clinique ont disparu. L'utérus continue à grossir et ses dimensions correspondent à l'âge de la grossesse.

Observation XXVI

(Littauer, Communication à la Société de Gynécologie et d'Accouchement de Leipzig, mars 1909. *Centralblatt für Gynäkologie*, 1909).

Rétroflexion d'utérus gravide au deuxième mois. — Réduction par laparotomie. — Continuation de la grossesse.

Mme D..., vingt-huit ans et demi, eut, il y a quatre ans et demi, six mois après la naissance de son deuxième enfant, un avortement qui fut suivi de pelvipéritonite ayant nécessité une colpotomie. Deux ans plus tard, accouchement normal ; il y a six mois, avortement avec forte fièvre ; actuellement, rétroflexion d'utérus gravide au deuxième mois. La réduction échoue même sous anesthésie ; la cause en était une tumeur grosse comme une poire, à droite de l'utérus, solidement accolée au corps de l'utérus recourbé et qui était adhérente de l'autre côté avec la paroi du bassin.

Que faire ! Compter sur une réduction spontanée par étirement des adhérences était inutile. Attendre un avortement spontané était incertain et non sans danger, comme

le montrait un avortement précédent. Un avortement artificiel était facile à faire, mais il ne pouvait en être question car un chemin était praticable par lequel on pouvait supprimer le danger pour la mère avec maintien de la vie de l'enfant : c'était la libération chirurgicale de la fixation. On devait s'y décider d'autant plus facilement qu'une opération était indiquée par le fait de l'affection annexielle surajoutée et que le danger pour la mère était à peine plus grand qu'en dehors de la grossesse... La laparotomie eut la préférence, parce qu'elle sauvegardait mieux l'utérus et l'enfant. L'opération était facile. La grossesse a atteint le sixième mois.

Observation XXVII[1]

(C. Frankestein, *Deutsche med. Wochenschrift*, 1910. Traduction dans *Annales de Gynécologie*, 1910).

Rétroversion irréductible d'utérus gravide de deux mois. — Réduction par laparotomie. — Avortement au bout d'un mois et demi.

Vingt-trois ans, III pare, entre à la clinique le 9 novembre.

Fortes douleurs hypogastriques, mictions douloureuses. Dernières règles mi-septembre. Depuis deux jours, perte de sang légère; lividité nette des tissus du vagin, portion vaginale du col de l'utérus immédiatement en arrière de l'orifice vaginal, utérus en rétroversion du troisième degré, presque plus gros que deux poings, nettement sphéroïdal. Signe d'Hégar net, battement net des artères vaginales.

Tentatives de réduction, même dans la position génupectorale sans résultat; échec aussi du colpeurynter. En

[1] Nous avons cru devoir publier cette observation sommaire telle quelle avec les commentaires qu'y a intercalés Littauer.

conséquence, pour prévenir l'interruption de la grossesse et pour parer au danger imminent de l'incarcération, on fit la laparotomie mi-novembre. Dans l'examen, sous narcose chloroformique, on constata nettement la présence de brides rétro-utérines.

Laparotomie. Pas d'adhérences avec la paroi abdominale antérieure. Utérus recouvert par l'S iliaque dont une frange épiploïque adhérait à l'angle de la trompe droite. Débridement mousse et suture. Libération mousse de l'utérus, de larges adhérences dans le petit bassin. Pas d'hémorragie. Fermeture à quatre étages de la cavité abdominale.

Suites opératoires : Convalescence régulière ; au commencement de décembre, la femme parfaitement guérie quittait l'hôpital, l'utérus en antéflexion. Au commencement de janvier 1910, la femme se représentait à l'hôpital parce que, depuis deux jours, elle perdait du sang en abondance.

Utérus à peine un peu plus gros que le poing ; cavité du col facilement perméable au doigt ; dans l'utérus, quelques fragments placentaires qu'on enlève, le 4 janvier, par un curage digital.

Observation XXVIII

(Maïss, *Monatschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie*, 1900. Analyse dans *Annales de Gynécologie*, 1910).

Rétroversion fixée d'utérus gravide de trois mois, réduite par laparotomie. — Ventrofixation. — Accouchement à terme.

Vingt-huit ans. En avril 1905, un accouchement spontané. Le 1er avril, la malade consulta pour tout un ensemble d'accidents (dysménorrhée, ménorrhagie, stérilité, douleurs sacrées), qu'on trouva causés par une rétroflexion fixe de l'utérus compliquée d'une salpingo-ovarite droite. Le 13 avril, entrée de la malade à l'hôpital.

Diagnostic : Rétroversion fixe de l'utérus gravide, grossesse vers trois mois. Toutes les tentatives de réduction, même sous chloroforme, ayant échoué, comme la femme souffrait beaucoup, qu'on n'avait aucun espoir de voir les brides dures, résistantes, fixatrices, céder, on fit la laparotomie. Libération, tantôt mousse, tantôt aux ciseaux, des adhérences, ablation des annexes droites enfouies dans les adhérences. L'ovaire droit contenait deux hématomes, de la grosseur d'une noix. Ventrofixation de l'utérus, suivant le procédé d'Olshausen. Convalescence régulière ; évolution ultérieure de la grossesse sans souffrances ; accouchement spontané le 23 novembre 1909 ; suites de couches apyrétiques. Le 25 décembre, la femme était en excellente santé et son utérus en antéflexion.

Observation XXIX

(Cristofoletti, *Gynäkologische Rundschau*, 1910 : Zur Therapie der Retroflexio Uteri gravidi fixata).

Rétroflexion fixée d'utérus gravide de deux mois. — Réduction par laparotomie et fixation à la Doléris. — Accouchement à terme.

E. W..., vingt-sept ans, VII pare. Reçue à la clinique le 28 juin 1907. Lors du premier accouchement, application de forceps, suites de couches fébriles. La femme se plaint depuis lors de fortes douleurs de reins. Dernières règles au commencement de mai.

A l'examen, col couché en avant ; tout le douglas est rempli par une tumeur molle, qui correspond à l'utérus gravide ; les tentatives de reposition restent sans résultat. Même sous anesthésie, l'utérus ne sort pas du petit bassin et on sent distinctement dans le douglas des cordes qui vont du fond de l'utérus à la paroi postérieure du bassin.

2 juillet. — Opération. Anesthésie à la méthode de Schleich.

Laparotomie avec incision de Pfannenstiel. Après l'ouverture du péritoine, on voit sur le fond de l'utérus de nombreuses adhérences avec le péritoine pariétal et le rectum. Elles sont sectionnées et déchirées, puis l'utérus redressé est ventrofixé à la Doléris : passage d'une anse des ligaments ronds à travers les muscles droits et les fascias.

15 janvier. — La femme a été renvoyée de la clinique ne souffrant plus. Elle revient accoucher à terme spontanément. Quatre mois après, elle était de nouveau enceinte. L'utérus était en antéflexion. Elle ne souffrait pas. Elle a accouché de nouveau, et se trouve depuis enceinte de sept mois

Observation XXX

(Cristofoletti, *loc. cit.*).

Rétroflexion fixée d'utérus gravide de trois mois et demi. — Réduction par laparotomie et hystéropexie. — Continuation de la grossesse.

Vingt-neuf ans, II pare, entre le 29 janvier 1910.

Depuis un an, se plaint de douleurs sacrées. Dernières règles le 15 octobre 1909 ; grossesse d'un peu plus de trois mois. Depuis un mois, douleurs vésicales ; la malade n'urine que très peu malgré de grands efforts. Dans le cours des cinq derniers jours, il fallut la cathétériser plusieurs fois.

A l'examen externe, on sent au-dessus de la symphyse le dôme d'une tumeur molle. L'examen interne montre que le douglas est complètement rempli par une tumeur molle correspondant à l'utérus gravide. Quand on essaie de le redresser, on sent ses adhérences sous forme de cordes vers le fond de l'utérus. On le soulève un peu, mais on n'arrive pas à le réduire complètement. On introduit ensuite dans le vagin un colpeurynter et on le laisse quel-

ques heures, mais sans résultat. De plus, un pessaire de Thomas est impuissant à modifier la situation au point de vue urinaire. Comme on a diagnostiqué une rétroflexion fixée d'utérus gravide, on décide l'opération et on la fait le 1er février.

Laparotomie avec anesthésie suivant la méthode de Schleich. Incision de Pfannenstiel. Section de larges adhérences sur la face postérieure et le fond de l'utérus. On soulève l'utérus et on fait une hystéropexie à la Doléris.

Le deuxième jour après l'opération, la femme urinait spontanément ; le 12 février, elle quittait la clinique, guérie. Le 15 avril, la femme se présentait à la visite, et l'on constata que la grossesse évoluait sans aucun trouble.

Observation XXXI

(Cristofoletti, *loc. cit.*).

Rétroversion fixée d'utérus gravide d'un mois et demi. — Réduction par laparotomie et fixation à la Doléris. — Guérison.

S. M..., vingt-six ans, V pare, se présente à la clinique le 19 avril 1910. Ses deux premiers accouchements se sont effectués spontanément. Les troisième et quatrième grossesses se sont terminées par avortement au troisième mois. La femme a subi, les deux fois, un curettage à la clinique. Elle était venue chaque fois avec de la fièvre et, chaque fois, on avait constaté une rétroversion utérine fixée.

Les dernières règles datent du 8 mars. La femme se plaint de violentes douleurs sacrées. L'examen interne montre l'utérus en rétroversion, augmenté de volume, correspondant à celui d'une grossesse de six semaines, et ne se laissant mobiliser que partiellement. On introduit un pessaire de Hodge. Malgré cela, l'utérus reste en rétroversion et la femme se plaint continuellement de vives dou-

leurs. A cause du caractère fixé de la rétroversion, on pratique une laparotomie.

Incision du Pfannenstiel. A la face postérieure de l'utérus se trouvent de nombreuses adhérences, qu'on dissèque. Puis on fait une hystéropexie à la Doléris.

Le 7 mai, la femme délivrée de ses souffrances, sa plaie cicatrisée, quitte la clinique.

Observation XXXII

(Cristofoletti, *loc. cit.*).

Sacculation postérieure dans un utérus gravide de trois mois. — Redressement par laparotomie. — Fixation à la Doléris. — Continuation de la grossesse.

J. K..., trente-deux ans, III pare, reçue à la clinique le 7 février 1910. Souffre depuis deux ans de douleurs sacrées; a porté un pessaire depuis un an. Dernières règles le 1er novembre 1909. Depuis trois semaines, douleurs vésicales qui nécessitent quelques cathétérismes. Cystite légère au moment de son entrée.

A l'examen interne, l'utérus est augmenté de volume par une grossesse de trois mois ; il remplit complètement le petit bassin. Le col se trouve haut situé derrière la symphyse.

On essaie d'abord prudemment de remettre l'utérus en place, mais on ne réussit pas. Il sort du petit bassin mais y retombe immédiatement. On introduit dans le vagin, en position élevée du bassin, un colpeurynter, qu'on laisse en place toute la nuit. Après l'avoir enlevé, on constate que l'utérus ne descend dans le petit bassin qu'en partie. On introduit alors dans le vagin un pessaire de Thomas. Mais les symptômes vésicaux réapparaissent, la malade ne peut uriner spontanément. Le palper ne renseigne pas sur la

présence d'adhérences dans le douglas. Eu égard aux troubles vésicaux, on décide une laparotomie.

11 février. — Incision de Pfannenstiel. Après l'ouverture du péritoine, on trouve l'utérus près du promontoire. Les ligaments ronds convergent vers la face antérieure de l'utérus. Sa face postérieure présente une très forte distension qui, justement, remplit tout le petit bassin.

De la position des ligaments ronds, de la coloration livide très marquée de la paroi postérieure de l'utérus comme aussi de cette importante distension en arrière qui présentait également une circonstance molle très significative, on pouvait déduire avec certitude que l'œuf était inséré sur la paroi postérieure. On redressa l'utérus et on le fixa à la Doléris.

Le deuxième jour après l'opération, la malade pouvait déjà uriner spontanément et, le 25 février, libérée de ses douleurs, elle quittait la clinique. Au milieu de mai, un examen pratiqué montra que la grossesse suivait une évolution régulière.

Observation XXXIII

(Ernst Puppel, *Monatschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie*, Bd. XXXI, S. 87, 1910).

Rétroflexion d'utérus gravide de seize semaines avec incarcération. — Réduction par laparotomie. — Pessaire. — Continuation de la grossesse.

Le 20 juillet, je fus appelé par un de mes confrères auprès de Mme F..., âgée de trente-six ans et secondipare. On ne me communiqua pas de diagnostic. A mon arrivée, je constatai ce qui suit : depuis le milieu d'avril, il y avait des hémorragies, et depuis huit jours de violentes douleurs abdominales. L'excrétion urinaire se produisait fréquemment; toutefois, les quantités d'urine émise étaient faibles.

La sage-femme présente m'apprit qu'un lavement qui avait été administré par suite de l'existence d'une constipation persistante avait été aussitôt rendu A l'examen, qui est extraordinairement douloureux, on ne trouve qu'une tumeur de consistance élastique, s'étendant jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic, et donnant un son mat à la percussion. La fluctuation n'est pas manifeste. Au toucher, le doigt rencontre immédiatement derrière l'entrée du vagin une tumeur molle qui amène si fortement le vagin contre la symphyse qu'on ne peut atteindre le col. Par le toucher rectal, on reconnaît que la tumeur repose par son fond immédiatement derrière le sphincter et occupe tout le petit bassin. Comme les dimensions excessivement restreintes du local ne permettent pas une recherche plus précise, et notamment qu'on ne peut pratiquer l'anesthésie, le transport à la clinique est prescrit aussitôt. Le diagnostic est hésitant entre un myome cervical, un kyste de l'ovaire et une rétroflexion de l'utérus gravide.

A la clinique, anesthésie ; cathétérisme très difficile. Evacuation de 1.500 centimètres cubes d'une urine concentrée, mais dont l'odeur n'est pas désagréable. La tumeur sentie à l'extérieur disparaît. On parvient alors, avec peine, à atteindre le col siégeant au-dessus de la symphyse, et à établir le diagnostic de rétroflexion de l'utérus gravide étranglé. La réduction est impossible. En se rappelant le cas de Küstner, on pratique la laparotomie L'incision commence à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic et se termine à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse. Après ouverture de la cavité abdominale, l'orientation est assez difficile par suite de la présence de la vessie qui s'est de nouveau remplie dans l'intervalle. On ne réussit point à faire le tour avec la main entre la ceinture pelvienne et l'utérus, suffisamment pour en saisir le fond et le ramener en avant. Aussi pratique-t-on de suite dans la musculature une suture superficielle à l'endroit le plus facile à atteindre du col, à la limite cervico-vésicale, et par

ce moyen on attire en avant le col, de façon à pouvoir, à l'aide de fins crochets fixés dans la musculature, amener de plus en plus sous le regard le corps utérin, pour achever finalement la réduction au moyen de la main que l'on introduit. Nulle part on ne peut sentir ni voir des adhérences. Ligature immédiate des artères sur les parties saignantes. Suture de la paroi abdominale. Agrafes de Michel. Durée : trente-cinq minutes. Sonde à demeure dans la vessie. Pessaire de Hodge. Pas de fièvre. On retire la sonde au bout de quarante-huit heures, les agrafes le septième jour. Au bout de seize jours, la malade sort guérie ; le fond de l'utérus est au niveau de l'ombilic.

Observation XXXIV

(Vignard, *Archives Provinciales de Chirurgie*, 1910).

Rétroflexion d'utérus gravide de deux mois et demi, — Réduction par laparotomie. — Raccourcissement spontané à terme.

Marie R..., vingt-quatre ans, entre le 18 février 1907. dans mon service, pour rétroflexion d'utérus gravide.

Réglée à quatorze ans, elle le fut d'une façon très irrégulière ; il y a cinq ans, retard de quatre mois ; après quoi, les règles revinrent normales, non douloureuses ; en mai 1906, nouveau retard de deux mois, compliqué de douleurs pendant la miction, de pollakiurie.

Après son mariage, il y a sept mois, les règles revinrent toutes les six ou sept semaines. Les dernières datent du début de décembre. En janvier, elles font défaut ; malaise, constipation opiniâtre, la malade reste huit jours sans aller à la selle.

Le 7 février, dans la soirée, troubles urinaires. La miction est fréquente, difficile, douloureuse. Ces troubles persistent les jours suivants.

Le Dr G. fait le diagnostic de rétroflexion de l'utérus gravide, compliquée de troubles urinaires. Il constate que les urines sont purulentes. A plusieurs reprises, il essaie par la voie vaginale comme par la voie rectale de refouler l'utérus hors du petit bassin, mais sans succès.

Redoutant avec raison une aggravation de la cystite, il m'adresse la malade et je l'examine le 18 février.

Le col utérin est refoulé en avant contre la symphyse, il est peu ramolli. Le corps, non perceptible par le palper abdominal, est senti par le toucher vaginal, remplissant le douglas et l'excavation pelvienne.

L'urine, évacuée par la sonde, est trouble et donne par le repos un dépôt blanc verdâtre.

A deux reprises différentes, j'essaie la réduction; il semble que l'utérus se laisse refouler, mais presque aussitôt il retombe.

Etant donné que la malade a déjà subi des manœuvres de la part de son médecin, j'estime imprudent de prolonger les miennes.

D'autre part, l'expectation me paraît dangereuse, en raison des troubles urinaires sérieux, signalés plus haut.

C'est pourquoi, encouragé par le succès facile que m'avait procuré ma laparotomie précédente [1], je décidai la malade à se soumettre à une opération de gravité moindre que les complications qui la menaçaient.

Opération. — Le 20 février, laparotomie médiane. Il s'agit bien d'un utérus gravide en rétroflexion. Celle-ci est facilement réduite avec la main plongeant entre le sacrum et l'utérus. Mais je constate que l'utérus réduit facilement retombe dès que la main l'abandonne. Aussi pour main-

[1] Ce renvoi se rapporte à une laparotomie d'urgence que Vignard avait faite, croyant à une hématocèle rétro-utérine et qui avait montré la présence d'un utérus gravide en rétroflexion enclavé dans le bassin. La réduction aisée avait été suivie de raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds. Suites simples. Continuation de la grossesse (*Archives Provinciales de Chirurgie*, 1910).

tenir la réduction, je pratique le raccourcissement des ligaments ronds après avivement. Les suites de cette opération simple sont elles-mêmes des plus simples. Très peu de vomissements chloroformiques, quelques vagues douleurs abdominales sont calmées par 0,005 de morphine le premier soir, et par un lavement laudanisé le lendemain. Mais aucune menace d'avortement ne se produit.

1er mars. — L'urine étant encore trouble, j'ordonne un lavage de la vessie au nitrate d'argent à 1 millième. Ce lavage de vessie est répété le 3 et le 5. L'urine redevient claire.

La malade peut quitter l'hôpital dès le 8 mars pour retourner chez elle.

Après l'opération, les troubles urinaires ont disparu, et la grossesse a évolué normalement. L'accouchement s'est effectué sans incident notable, en tous cas sans application de forceps ni version. Depuis, pas d'autre grossesse.

Observation XXXV

(Vignard, *loc. cit.*).

Rétroflexion fixée, sans adhérences. — Réduction par laparotomie, en tirant sur les ligaments ronds. — Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds. — Continuation de la grossesse.

Mme B..., trente-trois ans, enceinte pour la première fois au commencement de 1909. Après une interruption de règles pendant trois mois et demi à quatre mois, celles-ci revinrent; du moins la femme le crut. En réalité, ce fut un suintement sanguin qui revint à des intervalles très irréguliers et finit par se transformer en hémorragies très fortes. Le Dr A..., consulté au mois de septembre, fit le diagnostic de rétroflexion d'un utérus gravide. Il tenta la réduction à plusieurs reprises, fit rester la femme au lit, couchée sur le ventre ou sur le côté.

Le 22 octobre, il fut appelé la nuit près de cette femme qui se trouvait dans l'état le plus alarmant ; elle avait une hémorragie épouvantable et souffrait de coliques utérines. Elle était en train évidemment de faire une fausse couche.

Le Dr A... délivra rapidement la femme, vida complètement l'utérus et à l'aide des moyens habituels, injections de sérum, etc., il fut possible de sauver la malade.

Il comptait la revoir par la suite pour constater si la rétrodéviation persistait ; il avait donné à entendre qu'une opération serait utile pour remettre et maintenir la matrice en bonne place.

Or, il revit seulement Mme B..., le 28 juin 1910. La rétrodéviation existait encore et malheureusement aussi une grossesse datant de sept semaines environ. C'était donc en perspective une nouvelle fausse couche et peut-être aussi des accidents aussi graves que l'année dernière, accidents auxquels la malade n'avait échappé qu'à grand'peine.

Aussi, sans vouloir tenter des manœuvres qui semblaient vouées à un échec et pouvaient précipiter l'avortement, le Dr A... résolut de m'adresser la malade.

Une intervention chirurgicale, pensait-il, serait sans doute encore possible pour remettre l'utérus en place ; si elle provoquait un avortement, celui-ci ne serait alors qu'avancé, car il était presque fatal qu'il se produisît, si la matrice restait dans la position actuelle.

Il s'agissait d'une femme de trente-trois ans, d'aspect assez robuste, ayant vu ses règles pour la dernière fois dans la deuxième quinzaine d'avril.

Depuis lors, elle éprouvait dans le bas-ventre une gêne de plus en plus marquée. Il lui était impossible de marcher vite sous peine d'être obligée de s'arrêter une dizaine de minutes et d'attendre que la douleur fût passée. Elle ne pouvait non plus se baisser sans de grandes difficultés. Au lit, le décubitus droit ou gauche était impossible. Elle devait s'étendre sur le dos, avec lenteur et encore, malgré toutes ces précautions, éprouvait-elle de temps en temps des

douleurs qui la condamnaient pendant quelques minutes à une immobilité complète.

Enfin, elle se plaignait d'uriner souvent, très peu à chaque fois et l'urine, disait-elle, était brûlante.

Par contre, elle allait bien à la selle.

A l'examen, ventre légèrement ballonné, vessie non distendue, corps utérin impossible à percevoir par le palper. Le toucher vaginal permet de constater un col projeté vers la symphyse et une masse molle remplissant le douglas, qui semble bien être le corps en rétroflexion.

Je crus devoir faire quelques tentatives de réduction avec la plus grande douceur, pour ne pas provoquer de contractions utérines, mais je sentis assez vite que mes manœuvres ne produisaient aucun résultat. Il semblait que je déprimais une masse pâteuse, mais sans lui imprimer le moindre mouvement de totalité.

Le corps utérin paraissait comme œdémateux et fortement enclavé dans l'excavation. Peut-être aussi, étant donné les accidents antérieurs de l'intervention nécessitée par l'hémorragie postabortum, s'était-il produit des adhérences maintenant l'utérus dans sa position vicieuse ; toujours est-il que je crus prudent de ne pas insister et de recourir rapidement à une laparotomie qui me parut plus bénigne que les tentatives réitérées de réduction.

Opération, le 15 juillet.

Incision médiane de 10 centimètres. Ecarteur de Gosset. Le corps utérin est littéralement incarcéré dans la cavité pelvienne. J'essaie de réduire en passant la main entre le sacrum et l'utérus, mais sans succès. Il est vrai que je m'efforce d'exercer la pression la plus légère possible. Par contre, saisissant chaque ligament rond avec une pince, je pus désenclaver le corps utérin, sans difficulté.

Il n'y avait aucune adhérence. L'utérus était comme œdématié, plus gros notablement qu'un utérus gravide de deux mois et demi.

Je ne crus pas devoir borner là mon intervention et

pratiquai, après avivement ou mieux résection partielle de la séreuse antérieure, le raccourcissement des ligaments ronds.

Le pli de 5 à 6 centimètres fut maintenu au moyen de quatre fils de lin. C'est donc un raccourcissement de 10 à 12 centimètres pour les ligaments ronds. L'opération avait été simple et brève.

Les suites furent excellentes : pas de vomissements, quelques nausées seulement pendant vingt-quatre heures.

J'avais recommandé, s'il survenait des douleurs utérines, de faire des injections de morphine et d'administrer un lavement laudanisé, cela ne fut pas nécessaire.

La malade se leva le huitième jour, comme la plupart de mes laparotomisées dans les cas simples, et retourna chez elle le quinzième jour.

La malade se sent très bien : les douleurs dont elle se plaignait avant l'opération ont disparu. Il en est de même pour les troubles urinaires.

L'utérus se développe normalement dans l'abdomen. Comme nous dépassons le sixième mois, il n'y a pas de raison pour que l'évolution de la grossesse ne soit pas normale désormais.

APPENDICE

(P. Bröse) *Centralblatt für Gynäkologie*, 1909.
Analyse dans *Annales de Gynécologie*, 1910).

Emploi de l'opération d'Alexander-Adams dans les rétrodéviations de l'utérus gravide.

Observation I

Nullipare, vingt et un ans; jusqu'à son mariage, jamais de douleurs.

Mariée en septembre 1900; dernières règles, 10 octobre 1900.

23 novembre. — Fortes douleurs abdominales. Rétroflexion de l'utérus gravide, fond de l'utérus profondément dans le douglas. Redressement de l'utérus; pose d'un pessaire sans résultat. Retour des douleurs. Par crainte d'incarcération, opération d'Alexander-Adams. Opération, le 8 décembre. Il est intéressant de noter que les ligaments ronds avaient participé aux modifications gravidiques de la musculature utérine, ils étaient épaissis, ramollis, œdématiés, bleuâtres. Hémorragie faible au cours de l'opération. Guérison *per primam*. Quelque temps, un pessaire de Thomas. Evolution normale de la grossesse. Le 12 août 1901, accouchement spontané, suites de couches normales. Le 12 novembre, l'utérus était en position normale. Le 7 mai 1903, même situation normale de l'utérus.

Observation II

Vingt-neuf ans, quatre accouchements antérieurs, le dernier le 29 décembre 1904. Dans les dernières suites de couches, de la fièvre. Le 29 janvier 1905, abcès du douglas, gros comme un poing. Cœlyotomie postérieure. Fin mai 1905, un trajet fistuleux s'abouchant dans le vagin, qui s'était fermé consécutivement à l'ouverture de l'abcès, était entièrement fermé. Mais était survenue une rétroflexion fixée. Le 30 décembre 1907, accuse de fortes douleurs sacrées, des tiraillements en bas et des douleurs entre les épaules. Dernières règles, commencement de novembre. Utérus rétrofléchi, fond de l'utérus probablement dans le douglas, utérus gros comme à deux mois, tout à fait mobile. Redressement de l'utérus et application d'un pessaire de Hodge. Le 31 décembre 1907, bonne attitude de l'utérus sur le pessaire, disparition totale des douleurs. Le 4 janvier 1908, douleurs fortes. Utérus rétrofléchi, le fond ayant basculé par-dessus l'arc postérieur du pessaire. Redressement, pessaire de Thomas, mais diverses tentatives échouèrent, ce qui suppose qu'à la suite de la suppuration antérieure, des brides avaient pu se former qui attiraient toujours l'utérus en arrière. Douleurs très vives ; examen, le 13 janvier 1908, sous narcose, utérus tout à fait mobile. Opération d'Alexander-Adams. Guérison *per primam*.

26 janvier. — La femme, libérée de toutes douleurs, et l'utérus en bonne position, quittait la clinique. Grossesse non troublée ; accouchement, le 19 août, facile ; suites de couches normales. Le 28 décembre 1908, la menstruation n'avait pas reparu, la femme nourrissait encore ; utérus petit, atrophié (atrophie de la lactation), et bonne antéflexion, un peu haut.

CONCLUSIONS

I. — La réduction est presque la règle, quand on s'adresse, pour l'obtenir, aux divers moyens connus qui facilitent le redressement par les manœuvres vagino-rectales.

II. — Il ne faut pas oublier les réductions spontanées, même des cas où les tentatives ont échoué.

III. — Exceptionnellement, l'incarcération peut être réelle ; elle le sera spécialement du fait d'adhérences ou de brides cicatricielles qui retiennent l'utérus dans sa position vicieuse. Les accidents peuvent aboutir à la mort.

IV. — On sera donc autorisé à faire la laparotomie, quand l'état général de la malade deviendra grave et qu'on aura échoué dans des tentatives sérieuses de réduction.

V. — Nos observations nous permettent d'affir-

mer que les résultats obtenus, dans ces cas, sont bons et légitiment, par conséquent, l'intervention.

VI. — La fixation complémentaire de l'utérus a été réalisée avec succès, sans inconvénients, par un certain nombre de chirurgiens ; d'autres préféreront se contenter de réduire l'utérus et ne feront des opérations de fixation qu'après la grossesse, s'il y a lieu.

Vu :
LE DOYEN,
HUGOUNENQ.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
A. POLLOSSON.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 2 juillet 1913.
LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ
P. JOUBIN.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction 9

Chapitre Premier. — Historique 11

Chapitre II. — Pathogénie des rétrodéviations de l'utérus gravide 14

Chapitre III. — Physiologie pathologique de l'utérus gravide en rétrodéviation :

Art. 1. Des réductions spontanées 18
Art. 2. De l'avortement spontané précoce . . 21
Art. 3. Des phénomènes dus à l'enclavement . 23
Art. 4. De l'enclavement irréductible 26
Art. 5. Des causes de l'enclavement 29

Chapitre IV. — Traitements autres que la laparotomie :

Art. 1. Dans les premières semaines de la grossesse 37
Art. 2. A partir du deuxième mois de la grossesse 38
Art. 3. Cystite gangréneuse 43

Chapitre V. — Indications et contre-indications de la laparotomie 44

Chapitre VI. — Manuel opératoire 49

Chapitre VII. — Des fixations complémentaires 51

Chapitre VIII. — Résultats 54

Observations 56

Conclusions. 105

Lyon. — Imprimerie A. Rey, 4, rue Gentil. — 65215